Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO

SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, S. BETTMANN-Heidelberg, M. BOCKHART-Wiesbaden, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, K. DOHI-Tokio, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. FABRY-Dortmund, J. v. FICKWien, E. FINGER-Wien, W. FISCHER-Berlin, E. FRAENKEL-Hamburg, R. FRÜHWALD-Chemnitz, E. GALEWSKY-Dresden, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, J. HELLER-Charlottenburg, K. HERXHEIMER-Frankfurt a. M., M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, W. KOLLE-Frankfurt a. M., A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Warschau, R. LEDERMANN-Berlin, H. P. LIE-Bergen, E. MEIROWSKY-Cöln, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, P. MULZER-München, O. NAST-Danzig, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Olmütz, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New York, C. POSNER-Berlin, G. de PROBIZER-Rovereto, M. L. RAVITCH-Louisville, Ky., E. RIECKE-Göttingen, P. RUSCH-Wien, F. SAMBERGER-Prag, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., J. SCHUMACHER-Berlin, O. SEIFERT-Würzburg, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRÝB-Brünn, P. UHLENHUTH-Freiburg i. B., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Budapest, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann-Arbor, F. WINKLER-Wien

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

SECHSUNDSIEBZIGSTER BAND

1923

JANUAR BIS JUNI (Nr. 1—26b)

MIT 21 ABBILDUNGEN IM TEXT UND 2 TAFELN

LEIPZIG / VERLAG VON LEOPOLD VOSS / 1923

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalarbeiten.

Seite

Ein Fall von Präputialsteinen bei einem Erwachsenen. Von F. W. Oelze 1
Die Heilung der Sycosis staphylogenes auf iontophoretischem Wege. Von Franz Wirz 3
Pemphigusbehandlung. Von Jos. Iser 8
Stützapparat zur Verwendung in Fällen psychischer Impotenz. Von Leopold Pollmer 10
Iwan Bloch. Von F. Pinkus 13
Die intravenöse Zufuhr von Arsenikalien und ähnlich wirkenden Arzneistoffen in ihrer pharmakodynamischen Wirkung auf die Leber und andere Organe. Von K. Ullmann 29
Über die Bruckesche Reaktion, eine neue Ausflockungsmethode zur Serodiagnose der Syphilis. Von Gustav Jähnke 33
Zu Nourneys Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten. Von Evening. 36
Die Behandlung des Lupus vulgaris der Nasenschleimhaut. Von Eschweiler .. 38
Die Bewertung der Liquorbefunde bei inzipienter, exanthematischer, lokalrezidivierender und frühlatenter Syphilis. Von J. Leyberg 53, 86
Ein Fall von Myelitis transversa gonorrhoica. Von Adalbert v. Polony 60
Intermediärer Stoffwechsel und Hautkrankheiten. II. Kalk. Von Erwin Pulay 81
Über Vitiligo. Von A. Jordan 105
Über die Ergebnisse mit einzeitig kombinierter Salvarsan-Hg-Behandlung nach Linser. Von Otto Ebel 109, 133, 158
Die Behandlung der Syphilis mit Bismut. Von J. Guszman und M. Pogány .. 125
Hautschädigungen nach Umschlägen mit feuchtem Zellstoff. Von Eugen Schauke 137
Hyperkeratotische Exantheme bei Gonorrhoe und ihre Beziehungen zur Psoriasis. Von A. Buschke und Erich Langer 145
Die Eigenharnreaktion nach Wildbolz bei der Tuberkulose der Haut. Von J. K. Mayr und H. Hofstadt 165
Zur Entstehung der Maculae coeruleae. Von M. Oppenheim 170
Über die Diagnose des Ulcus vulvae acutum. Von B. Lipschütz 174
Beitrag zur Kenntnis der symptomatischen Purpura. Von Marie Pucholt 189
Vom Penis ausgehende Septikopyämie als Folge unspezifischer, geschlechtlicher Infektion. Von Martin Friesleben 192
Histologische Untersuchung und experimentelle Studie über die Pathogenese einer durch Gerstenpollen hervorgerufenen, juckenden, erythematös-vesikulösen Hauterkrankung. Von Menahem Hodara, Houloussi Behdjet und Sureya. 209
Eine für ansteckend gehaltene Hautabschuppung der Hände. Von Moriz Porosz 216
Zur Frage der spontanen oder Geschwulstkeloide; Keloidentwicklung bei Molluscum contagiosum; annulär und serpiginös angeordnete Keloide; Behandlung der Keloide. Von Fabry und Bockholt 229
Nourneys Venenbluteinspritzung in der Dermatologie. Von Leven 233
Über Herpes zoster. Von Friedrich Wohlwill 249
Nochmals zur Frage der lichen-ruber-artigen Salvarsanexantheme. Von Wilhelm Frei und Paul Tachau 252
Bemerkung zu der vorstehenden Arbeit. Von J. Jadassohn 261
Über das Verhältnis des Ekzems zur artifiziellen Hautentzündung und zur Impetigo. Von Ludwig Török 273

Digitized by Google

Seite

Über die Bedeutung der Plaut-Vincentschen Flora bei einer ulzerösen, interdigitalen Kondylomatose. Von Paul Beutl 282
Therapeutische Mitteilungen. Von Gerber 284
Zur Behandlung der Erfrierungen mit X-Strahlen. Von Herbert Fuhs 293
Überdosierung mit Bismogenol. Ein Beitrag zur relativen Ungiftigkeit dieser Wismutverbindung. Von Friedrich Prater 299
Wismutbehandlung bei Syphilis. Von Richard Neuendorff 301
Beitrag zur Kenntnis der in der Nackengegend lokalisierten, angeborenen Tumoren. Von Oskar Kiess 313
Zur Pathogenese der Achselhöhlenabszesse. Von Gans 318
Quellungs- und Entquellungserscheinungen in ihrer Bedeutung für die Pathologie der Haut. II. Quellung und Entquellung der roten Blutkörperchen. Von Erwin Pulay 333
Abortivbehandlung der akuten Urethralgonorrhoe des Mannes. Von Georg Gjorgjević 335, 363
Beitrag zur Frage der Sporulationsfähigkeit parasitischer und pathogener Hefen. Von Buschke und Harry 357
Zur intravenösen Behandlung gonorrhoischer Prozesse mit Vucinum hydrochloricum. Von Paul Laband 360
Über intrakutane Pferdeserumreaktion bei Hauttuberkulose. Von Hellmuth Löblich 377
Eigentümlichkeiten bei Nagelmykosen. Von Franz Wirz 380
Ein Beitrag zur Klinik und Histologie des Lichen ruber planus pemphigoides. Von Adolf Pokorny 386, 414
Zur Röntgenbehandlung der Furunkulosis und Hidrosadenitis axillaris. Von Herbert Fuhs 390
Über durch Trichophyton violaceum hervorgerufene Pilzerkrankungen. Von L. Arzt und H. Fuhs 409
Untersuchungen über die Ausscheidung des Bismogenol. Von Hermann Strauss 417
Sergei Bogrow †. Von A. Jordan 419
Beitrag zur Klinik der Soormykose der Haut. Von Michael Lang 429
Die Behandlung der Orientbeule mit Diathermie. Von Houloussi Behdjet . . . 433
Über Ulcus vulvae acutum und Scheidenbazillen. Von Meta Oelze-Rheinboldt 438
Eindrücke über das erste Jahrzehnt der kombinierten Syphilisbehandlung. Von Arthur Jordan 453
Bedenken gegen die Salvarsan-Mischspritze. Von Alois Memmesheimer . . . 459
Erfahrungen mit Bismogenol in der Praxis. Von F. Zimmern 461
Beiträge zur weiblichen Gonorrhoetherapie und zur persönlichen sexuellen Prophylaxe beider Geschlechter. Von Carl Bruck 464, 482
Mitteilungen zur Morphologie und zum biologischen Verhalten der bei der Erosio interdigitalis blastomycetica gezüchteten Hefepilze. Von Samson 473
Eigenblutbehandlung. Von Nourney 486
Zu Nourneys Vebli-Behandlung. Von Adalbert v. Polony 489
Zur Pathogenese der Miliaria crystallina. Von C. Kreibich 497
Die Überlegenheit der Normosallösung über die physiologische Kochsalzlösung, geprüft durch biologischen Versuch. Von Fritz Lauerbach 498
Zur Kenntnis der glatten Trichophytien. Von Felix Harry 500
Syphilis und Wismut. Von Joh. Schubert 503
Ein Beitrag zur Lehre von der Rektalgonorrhoe. Von Hans Martin 506
Über lichen-ruber-ähnliche Salvarsanexantheme, Lichen ruber, lichenoide Disposition und einige Konstitutionstypen der Haut. Von Buschke und Sklarz 517, 540
Zur Wismuttherapie der Syphilis. Von G. Giemsa 523
Über die hautreizende Wirkung dreier gebräuchlicher Puderarten. Von Willy Engelhardt 537
Beitrag zur Anatomie der Ponndorf-Impfreaktion. Von Hans Koopmann 557
Beiträge zur Kultur der Dermatophyten und ihrer Artunterscheidung mittels deutscher Pilznährböden. Von O. Grütz 568
Skarlatiniformes Trichophytid bei dysidrosisähnlicher Trichophytie. Von Edmund Rajka 574
Intermediärer Stoffwechsel und Hautkrankheiten. III. Harnsäure. Von Erwin Pulay 577

125585
Digitized by Google

Seite
Gewerbliche Dermatosen. Von Otto Sachs 582
Salvarsanunterdosierung. Von Herbert Mühlpfordt 615
Alkohol und Geschlechtskrankheiten. (3. Mitteilung.) Von von Notthafft. . . . 626
Über das experimentelle Melanom der geteerten Maus. Von B. Lipschütz . . . 749
Zur internen Behandlung der Ichthyosis. Von G. Gjorgjević und R. A. Pavlović 752

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft 15, 217, 237, 396, 439
Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona 284, 345, 510
Moskauer Venerologisch-dermatologische Gesellschaft 325
Nordwestdeutsche Dermatologen-Vereinigung 510
Versammlung der Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia 420
Versammlung Südwestdeutscher Dermatologen 175
Wiener Dermatologische Gesellschaft 116, 197
Wissenschaftliche Ärztegesellschaft Innsbruck 368

Fachzeitschriften.

Acta dermato-venereologica 397, 645
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 62, 239, 490, 640
Annales des Maladies Vénériennes 161, 263, 304, 491, 646
Archiv für Dermatologie und Syphilis 93, 287, 634
Archives of Dermatology and Syphilology 39, 65, 204, 636
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie . . 44, 440, 546
Česká Dermatologie 64, 220
Dermatologische Zeitschrift 137, 329, 633
Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle 398
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie 202
Journal d'Urologie 68, 177, 469, 644
Mitteilungen der deutschen Gesellschaft für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 424
Proceedings of the Royal Society of Medicine 527
Réunion Dermatologique de Strasbourg 42
The British Journal of Dermatology and Syphilis 222, 468, 512, 641
The Urologic and Cutaneous Review 66, 240, 347, 525, 643
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 425
Zeitschrift für Urologie 123, 220, 347, 642
Zeitschrift für urologische Chirurgie 16, 120

Personalien: 28, 80, 164, 188, 208, 272, 292, 312, 332, 356, 376, 408, 428, 452, 472, 516, 536, 748.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. Januar 1923 | Nr. 1 | Band 76

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Ein Fall von Präputialsteinen bei einem Erwachsenen.

Von

Priv.-Doz. Dr. F. W. Oelze, Assistent.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Während Präputialsteine bei Knaben häufiger sind, gehören sie bei Erwachsenen immerhin zu den Seltenheiten. Die Steine sind leicht, oft mörtelartig, und bestehen aus Fett, freien Fettsäuren und Kalksalzen. Von diesen Steinen sind die sogen. unechten Präputialsteine zu unterscheiden, die aus Niere oder Blase in den Präputialsack gelangen, sie sind durch Gewicht, Härte, Schichtung und Aussehen von den originären Vorhautsteinen zu unterscheiden.

Da sich Präputialsteine nur bei extremer Phimose entwickeln, so sind die Beschwerden, welche sie hervorrufen, zunächst identisch mit der durch enge Phimose hervorgerufenen Behinderung des Harnablaufes. Da aber die Steine leicht die Vorhaut usurieren, und das fragliche Terrain für Zersetzungserscheinungen geradezu prädisponiert ist, so ist die Möglichkeit einer allgemeinen Sepsis für den Steinträger stets vorhanden. Deshalb sollte jeder Präputialstein so rasch wie möglich entfernt werden. Auch über psychische Störungen, Impotentia coeundi, ist berichtet.

Von diesem allgemeinen Krankheitsbilde weicht ein Fall der Leipziger Hautklinik in mehrfacher Hinsicht ab, so daß er hier kurz geschildert sei.

Der Schneidermeister F. St. wurde am 20. IX. 1921 in die Klinik aufgenommen. Seit einem halben Jahr hätte er Steine bemerkt, die gewachsen seien, eine Phimose habe er immer gehabt, doch sei diese in letzter Zeit enger geworden. Die Harnentleerung dauere recht lange, dies störe ihn. Beschwerden habe er sonst nicht, auch übe er den Geschlechtsverkehr regelmäßig, etwa alle 8 Tage, aus.

Die Phimose war so hochgradig, daß eine gewöhnliche chirurgische Knopfsonde nur mit Mühe zum Passieren zu bringen war. Die Sonde stieß sofort auf eine steinartige, verschiebbare Masse. Auch durch die Vorhaut hindurch konnten zwei Steine getastet und gegeneinander verschoben werden. Die Vorhaut selbst war im übrigen nicht entzündet oder gereizt. Eine Röntgenaufnahme des Penis ergab Abb. 1. Man erblickt das vordere, überall geschlossen von Vorhaut umkleidete Ende des Penis. Zwei große Steine sind sichtbar. Distal ein dreieckiger Schatten, proximal ein einförmiger, der mit seiner Achse senkrecht zur Penisachse steht und den ersten Schatten teilweise überlagert. In der Mitte des dreieckigen Schattens bemerkt man eine weitere kleine runde Verschattung, die sich später als ein kleiner dritter Stein von Linsengröße und -form erwies.

Urin konnte Patient nur unter starkem Pressen lassen. Ein Strahl von Stricknadeldicke wurde herausgespritzt. Zur Entleerung von 65 ccm Harn brauchte Patient 1 Minute 46 Sekunden. Der Urin selbst war trübe, roch zersetzt. Reaktion stark alkalisch, Albumin + (Esbach 1,1). Blut +, Diazo —. Mikroskopisch Erythrozyten,

Digitized by Google

Leukozyten, Epithelien, Bakterien (Gonokokken —, Tuberkelbazillen —). Reichlich Tripelphosphat, kohlensaurer Kalk, phosphorsaure Ammoniakmagnesia. Nur in den ersten Tagen einige granulierte Zylinder. — Bettruhe, Neo-Hexal 3mal täglich 2 Tabletten.

Da die Vorhaut selbst keine Zeichen von Entzündung aufwies, konnten die Steine bald entfernt werden. Umspritzungsanästhesie am Mons pubis. Beim seitlichen Aufschneiden des Präputialsackes entleeren sich 3 ccm trüb-seröse, ammoniakalisch riechende Flüssigkeiten. Die Steine werden herausgenommen. Auf der Glans sind an den den Steinen korrespondierenden Stellen deutliche Druckerosionen sichtbar. Das Orificium urethrae stellt sich als ein feiner, schmaler Spalt dar, der nur eben für eine chirurgische Knopfsonde durchgängig ist; blutige Erweiterung, Zirkumzision, Jodoform.

Die Steine zeigt Abb. 2 in natürlicher Größe. Ihr Gewicht betrug 4,7 g. Sie sind so hart, daß man sie nicht zerdrücken kann.

Am 29. IX. 21 waren die Operationswunden so weit verheilt, daß eine Zysto-Urethroskopie mit dem von mir angegebenen Instrumentarium (Derm. W., 1922) vorgenommen werden konnte.

Der Blasenboden zeigte starke Trabekelbildung, einzelne kleine Divertikel, Cystitis bullosa am Blasenhals, und besonders von der Gegend der rechten Ureterenöffnung zum Zipfel des Trigonums hinziehend. In der Gegend des rechten Ureters tiefe Einziehung, deren Basis nicht zu übersehen ist. Balkenbildung auch auf dem Blasenhintergrund. Trigonum diffus gerötet, vielfach kleine membranöse Auflagerungen. Während der Zystoskopie bleibt der Blaseninhalt ziemlich klar, so daß

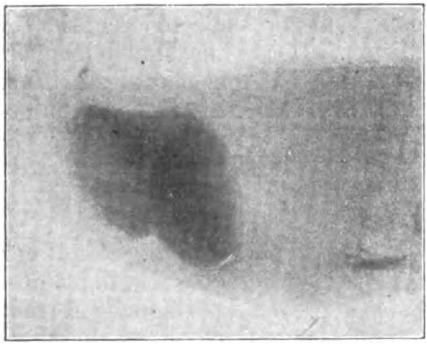


Abb. 1.

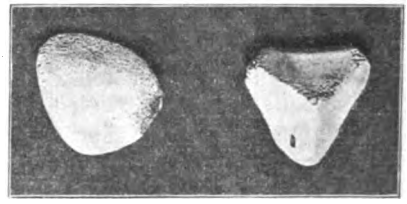


Abb. 2.

nur eine geringfügige Spülung nötig ist. Urethra posterior: Der Schließmuskel erscheint, von der Harnröhrenseite aus gesehen, ebenfalls bullös verändert, mit kleinen Auflagerungen versehen, so daß er wie gezähnelt aussieht; keine wesentliche Abweichung im Verlauf seiner Rundung. Der Colliculus seminalis ist sehr breitbasig aufsitzend, pilzförmig. In der Pars bulbosa gegen die vordere Harnröhre hin einige flache, polypöse Wucherungen, die durch Kürettement entfernt wurden. Die Schleimhaut der vorderen Harnröhre weist nichts Besonderes auf.

Patient war von dem Erfolg der Operation sehr befriedigt. Der Urin konnte ganz normal gelassen werden, er wurde von Tag zu Tag klarer. Am 5. X. 21 waren die Zirkumzisionswunden verheilt. Patient wollte auch gegen ärztlichen Rat nicht mehr im Krankenhaus bleiben, er fühlte sich ganz gesund, habe zu arbeiten und wolle heiraten.

Vor kurzem teilte Patient brieflich mit, daß er „nirgends Beschwerden" hätte. Seit März 1922 ist er verheiratet, seine Frau am 1. VIII. 22 von einem gesunden Mädchen entbunden.

Abgesehen von dem seltenen Befund ist der Fall deswegen beachtenswert, weil er zeigt, daß durch Präputialsteine schwere aufsteigende Veränderungen hervorgerufen werden, die keine subjektiven Beschwerden zu machen brauchen. Offenbar erfolgte die Entfernung der Steine gerade noch zur rechten Zeit, ein schweres Krankheitsbild wäre sonst wohl unvermeidlich gewesen.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Universitätspoliklinik und Klinik zu München
(Vorstand: Prof. Dr. Leo Ritter v. Zumbusch).

Die Heilung der Sycosis staphylogenes auf iontophoretischem Wege.

Von

Dr. Franz Wirz.

Die Heilung der Sycosis simplex oder besser gesagt „staphylogenes" ist nicht in allen Fällen mit den gebräuchlichen desinfizierenden und epilierenden Mitteln zu erreichen. Jahre, sogar jahrzehntelang, kann das Leiden jedweder Behandlung trotzen. Die schlechte Angreifbarkeit der chronischen Erkrankung ist durch mehrere Umstände bedingt. Einerseits nisten die Staphylokokken in physiologisch gebildeten Hautvertiefungen, den Haartrichtern, wo sie in der Hauptsache nur die epitheliale Auskleidung, die Haarwurzelscheide, zur Vereiterung bringen und kaum die Talgdrüsen in Mitleidenschaft ziehen; so bieten sie dem subepithelialen Gewebe wenig Anlaß zu einer kräftigen Abwehr und treten mit der Zeit in eine Art symbiotischen Verhältnisses zu diesem. Andererseits bewirkt die tief intrakutane Lage des Krankheitsprozesses einen gewissen Abschluß gegen jedwede äußere Medikation. Selbst die Röntgenbestrahlung führt, wie die Erfahrung gezeigt hat, sowohl mit den von Jadassohn empfohlenen schwachen, nicht epilierenden Dosen als auch mit Epilationsstärken nicht selten zu Mißerfolgen; der anfängliche Erfolg bei der Reizbestrahlung ist nur so lange gesichert, als die allgemeine Gewebsreaktion und damit eine energischere Abwehr des Körpers gegen die Infektion anhält; nach der Epilationsbestrahlung pflegt mit dem Wachstum neuer Haare aus den alten Follikeln auch der alte ruhende Staphylokokkenstamm wieder zu neuem Leben zu erwachen, wie wir das bei parasitären Erkrankungen, beispielsweise der Mikrosporie, zur Genüge kennengelernt haben. Während aber dieser Erkrankung eine kräftig desinfizierende Salbe, nach der Epilation einige Zeit angewandt, das sichere Ende bereitet, ist man dem Sykosisrückfall gegenüber mit solchen Mitteln machtlos.

Eine Methode nun, die einerseits eine stärkere Gewebsreizung und damit eine kräftigere Abwehr gegen die Infektion hervorrufen könnte, andererseits imstande wäre, eine Desinfiziens bis in die tiefsten Schlupfwinkel der Haut zu bringen, um restlos alle Krankheitskeime der Haut zu vernichten, müßte überlegungsgemäß geeignet sein, auch jene erwähnten hartnäckigsten Fälle der Sycosis staphylogenes zu heilen. Beide Voraussetzungen sind bei der iontophoretischen Medikation gegeben. Der galvanische Strom erzeugt Hyperämie und macht das Gewebe durch Lockerung des Zellgefüges und Permeabilitätssteigerung der Membranen aufnahmefähiger, insbesondere für Elektrolyte. Die Erfahrungen, die ich mit der gleichen Methode bei anderen Hautkrankheiten gemacht habe (siehe diese Zeitschr., 1922, Nr. 14 u. 32), ermunterten mich, auch eine Reihe Sykosisfälle derart anzugeben.

Digitized by Google

Fall I: L. L., 45jähr. Postbetriebsarbeiter. Am 3. Juni 1921 erste Vorstellung in der ambulanten Sprechstunde.

Anamnese: Seit 12 Jahren leidet Patient an eitrigem Hautausschlag im Gesicht; er war oft bereits in Behandlung gewesen; diese hatte stets eine Besserung nur vorübergehend herbeigeführt.

Status: Oberlippe, rechte Wange von Schläfe bis Kinn im ganzen Bartbereich, linke Wange in handtellergroßer Ausdehnung oberhalb des Kieferrandes erkrankt; die Haut ist an diesen Stellen zum Teil hell, zum größeren Teil dunkelrot bis blau verfärbt, infiltriert oder ödematös geschwollen, mit Pusteln follikulärer Art, eitrigen Krusten und Schuppen bedeckt; fleckförmig finden sich in Linsen- bis Bohnengröße freie Stellen mit blasser zarter Haut, auf welcher die Haarfollikel geschwunden sind.

Therapie: Z. T. manuelle, z. T. Röntgenepilation, kombiniert mit Aolaninjektionen und örtlicher Verabfolgung von weißer 5%iger Präzipitatsalbe, später 25%igem Schwefelliniment bei spirituösen Waschungen.

Verlauf: Am 15. XII. 21 wird die fünfmonatige Behandlung dieser Art nach anfänglicher Besserung erfolglos aufgegeben.

23. XII. 21: Beginn der iontophoretischen Therapie. 1. Ichthyoliontophorese; über Nacht weiße Präzipitatsalbe.

27. XII. 21: Die Rötung ist geringer geworden, 2. Ichthyoliontophorese.

2. I. 1922: 3. Ichthyoliontophorese.

4. I. 22: Nur noch vereinzelte Pustelbildung. 4. Ichthyoliontophorese.

9. I. 22: Oberflächliche Abheilung bei unveränderten tiefen Infiltraten. 5. Ichthyoliontophorese.

13. I. 22: 6. Ichthyoliontophorese.

18. I. 22: Nach der von Tag zu Tag gleichmäßig fortgeschrittenen Besserung Stillstand; auf beiden Seiten finden sich noch verstreut tiefe Infiltrate, von denen einige leichte Oberflächenentzündung, z. T. auch Epitheldefekt mit Nässen zeigen. 1. Jod-Jodkaliiontophorese.

20. I. 22: Starke Abschuppung. 2. Jod-Jodkaliiontophorese. 8 weitere, Jodiontophoresen bringen die Infiltrate nach und nach zum Erweichen und Verschwinden, so daß am

13. II. 22 die rechte Schläfe und beide Wangen bereits abgeheilt sind, während am Kinn links und rechts noch je 2—3 Einzelherde in Form nässender, derber Infiltrate bis zu Linsengröße sich halten.

Am 17. II. 22 waren sämtliche Herde abgeheilt, die Infiltrate gänzlich verschwunden, die iontophoretische Behandlung wurde eingestellt. Am Naseneingang leicht nässendes z. T. krustöses Ekzem infolge Rhinitus; Röntgenbestrahlung.

6. III. 22: Vollständige Heilung.

Patient wurde bis zum 10. X. 22, also durch 7 Monate, beobachtet, ein Rückfall trat nicht auf.

Fall II: M. J., 42jähr. Schreiner. Am 18. IV. 22 erste Vorstellung wegen Erkrankung der Oberlippe.

Anamnese: Die Krankheit besteht seit 15 Jahren trotz vielfacher Behandlung.

Status: Die Oberlippe ist im Bereich des Schnurrbartes hoch geschwollen, blaurot gefärbt, teigig, mit follikulären Pusteln besät und mit kleinknotigen, derben Infiltraten durchsetzt.

Therapie und Verlauf: Bis zum 8. V. 22 11 Ichthyoliontophoresen, die den Prozeß bis auf einige geringe Infiltrate zum Verschwinden brachten.

Daraufhin bis zum 23. V. 22 8 Jodiontophoresen, bei deren Anwendung auch die letzten Infiltrate zur Heilung kamen.

Entlassungsbefund am 26. V. 22: Vollständige Heilung, Oberlippe von normaler Konsistenz, Form und Farbe.

Beobachtung bis zum 2. X. 22: kein Rückfall. Von der früheren Erkrankung ist nichts mehr zu sehen.

Fall III: M. K., 36jähr. Hausmeister.

26. IV. 22: Anamnese: Seit 5 Jahren Erkrankung des Schnurrbartes.

Status wie Fall II, Therapie und Verlauf vom 27. IV. bis 3. V. 22 5 Ichthyoliontophoresen mit mäßiger Besserung. Die allgemeine Entzündung ist zurückgegangen, keine Pustelbildung mehr, jedoch noch Infiltrate vorhanden.

Vom 4. V. bis 17. V. 22 7 Jodiontophoresen bei täglich zunehmender Besserung, Erweichen und Abflachen der Infiltrate.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Universitätspoliklinik und Klinik zu München
(Vorstand: Prof. Dr. Leo Ritter v. Zumbusch).

Die Heilung der Sycosis staphylogenes auf iontophoretischem Wege.

Von

Dr. Franz Wirz.

Die Heilung der Sycosis simplex oder besser gesagt „staphylogenes" ist nicht in allen Fällen mit den gebräuchlichen desinfizierenden und epilierenden Mitteln zu erreichen. Jahre, sogar jahrzehntelang, kann das Leiden jedweder Behandlung trotzen. Die schlechte Angreifbarkeit der chronischen Erkrankung ist durch mehrere Umstände bedingt. Einerseits nisten die Staphylokokken in physiologisch gebildeten Hautvertiefungen, den Haartrichtern, wo sie in der Hauptsache nur die epitheliale Auskleidung, die Haarwurzelscheide, zur Vereiterung bringen und kaum die Talgdrüsen in Mitleidenschaft ziehen; so bieten sie dem subepithelialen Gewebe wenig Anlaß zu einer kräftigen Abwehr und treten mit der Zeit in eine Art symbiotischen Verhältnisses zu diesem. Andererseits bewirkt die tief intrakutane Lage des Krankheitsprozesses einen gewissen Abschluß gegen jedwede äußere Medikation. Selbst die Röntgenbestrahlung führt, wie die Erfahrung gezeigt hat, sowohl mit den von Jadassohn empfohlenen schwachen, nicht epilierenden Dosen als auch mit Epilationsstärken nicht selten zu Mißerfolgen; der anfängliche Erfolg bei der Reizbestrahlung ist nur so lange gesichert, als die allgemeine Gewebsreaktion und damit eine energischere Abwehr des Körpers gegen die Infektion anhält; nach der Epilationsbestrahlung pflegt mit dem Wachstum neuer Haare aus den alten Follikeln auch der alte ruhende Staphylokokkenstamm wieder zu neuem Leben zu erwachen, wie wir das bei parasitären Erkrankungen, beispielsweise der Mikrosporie, zur Genüge kennengelernt haben. Während aber dieser Erkrankung eine kräftig desinfizierende Salbe, nach der Epilation einige Zeit angewandt, das sichere Ende bereitet, ist man dem Sykosisrückfall gegenüber mit solchen Mitteln machtlos.

Eine Methode nun, die einerseits eine stärkere Gewebsreizung und damit eine kräftigere Abwehr gegen die Infektion hervorrufen könnte, andererseits imstande wäre, eine Desinfiziens bis in die tiefsten Schlupfwinkel der Haut zu bringen, um restlos alle Krankheitskeime der Haut zu vernichten, müßte überlegungsgemäß geeignet sein, auch jene erwähnten hartnäckigsten Fälle der Sycosis staphylogenes zu heilen. Beide Voraussetzungen sind bei der iontophoretischen Medikation gegeben. Der galvanische Strom erzeugt Hyperämie und macht das Gewebe durch Lockerung des Zellgefüges und Permeabilitätssteigerung der Membranen aufnahmefähiger, insbesondere für Elektrolyte. Die Erfahrungen, die ich mit der gleichen Methode bei anderen Hautkrankheiten gemacht habe (siehe diese Zeitschr., 1922, Nr. 14 u. 32), ermunterten mich, auch eine Reihe Sykosisfälle derart anzugeben.

Digitized by Google

Fall I: L. L., 45jähr. Postbetriebsarbeiter. Am 3. Juni 1921 erste Vorstellung in der ambulanten Sprechstunde.

Anamnese: Seit 12 Jahren leidet Patient an eitrigem Hautausschlag im Gesicht; er war oft bereits in Behandlung gewesen; diese hatte stets eine Besserung nur vorübergehend herbeigeführt.

Status: Oberlippe, rechte Wange von Schläfe bis Kinn im ganzen Bartbereich, linke Wange in handtellergroßer Ausdehnung oberhalb des Kieferrandes erkrankt; die Haut ist an diesen Stellen zum Teil hell, zum größeren Teil dunkelrot bis blau verfärbt, infiltriert oder ödematös geschwollen, mit Pusteln follikulärer Art, eitrigen Krusten und Schuppen bedeckt; fleckförmig finden sich in Linsen- bis Bohnengröße freie Stellen mit blasser zarter Haut, auf welcher die Haarfollikel geschwunden sind.

Therapie: Z. T. manuelle, z. T. Röntgenepilation, kombiniert mit Aolaninjektionen und örtlicher Verabfolgung von weißer 5%iger Präzipitatsalbe, später 25%igem Schwefelliniment bei spirituösen Waschungen.

Verlauf: Am 15. XII. 21 wird die fünfmonatige Behandlung dieser Art nach anfänglicher Besserung erfolglos aufgegeben.

23. XII. 21: Beginn der iontophoretischen Therapie. 1. Ichthyoliontophorese; über Nacht weiße Präzipitatsalbe.

27. XII. 21: Die Rötung ist geringer geworden, 2. Ichthyoliontophorese.

2. I. 1922: 3. Ichthyoliontophorese.

4. I. 22: Nur noch vereinzelte Pustelbildung. 4. Ichthyoliontophorese.

9. I. 22: Oberflächliche Abheilung bei unveränderten tiefen Infiltraten. 5. Ichthyoliontophorese.

13. I. 22: 6. Ichthyoliontophorese.

18. I. 22: Nach der von Tag zu Tag gleichmäßig fortgeschrittenen Besserung Stillstand; auf beiden Seiten finden sich noch verstreut tiefe Infiltrate, von denen einige leichte Oberflächenentzündung, z. T. auch Epitheldefekt mit Nässen zeigen. 1. Jod-Jodkaliiontophorese.

20. I. 22: Starke Abschuppung. 2. Jod-Jodkaliiontophorese. 8 weitere, Jodiontophoresen bringen die Infiltrate nach und nach zum Erweichen und Verschwinden, so daß am

13. II. 22 die rechte Schläfe und beide Wangen bereits abgeheilt sind, während am Kinn links und rechts noch je 2—3 Einzelherde in Form nässender, derber Infiltrate bis zu Linsengröße sich halten.

Am 17. II. 22 waren sämtliche Herde abgeheilt, die Infiltrate gänzlich verschwunden, die iontophoretische Behandlung wurde eingestellt. Am Naseneingang leicht nässendes z. T. krustöses Ekzem infolge Rhinitus; Röntgenbestrahlung.

6. III. 22: Vollständige Heilung.

Patient wurde bis zum 10. X. 22, also durch 7 Monate, beobachtet, ein Rückfall trat nicht auf.

Fall II: M. J., 42jähr. Schreiner. Am 18. IV. 22 erste Vorstellung wegen Erkrankung der Oberlippe.

Anamnese: Die Krankheit besteht seit 15 Jahren trotz vielfacher Behandlung.

Status: Die Oberlippe ist im Bereich des Schnurrbartes hoch geschwollen, blaurot gefärbt, teigig, mit follikulären Pusteln besät und mit kleinknotigen, derben Infiltraten durchsetzt.

Therapie und Verlauf: Bis zum 8. V. 22 11 Ichthyoliontophoresen, die den Prozeß bis auf einige geringe Infiltrate zum Verschwinden brachten.

Daraufhin bis zum 23. V. 22 8 Jodiontophoresen, bei deren Anwendung auch die letzten Infiltrate zur Heilung kamen.

Entlassungsbefund am 26. V. 22: Vollständige Heilung, Oberlippe von normaler Konsistenz, Form und Farbe.

Beobachtung bis zum 2. X. 22: kein Rückfall. Von der früheren Erkrankung ist nichts mehr zu sehen.

Fall III: M. K., 36jähr. Hausmeister.

26. IV. 22: Anamnese: Seit 5 Jahren Erkrankung des Schnurrbartes.

Status wie Fall II, Therapie und Verlauf vom 27. IV. bis 3. V. 22 5 Ichthyoliontophoresen mit mäßiger Besserung. Die allgemeine Entzündung ist zurückgegangen, keine Pustelbildung mehr, jedoch noch Infiltrate vorhanden.

Vom 4. V. bis 17. V. 22 7 Jodiontophoresen bei täglich zunehmender Besserung, Erweichen und Abflachen der Infiltrate.

Digitized by Google

vorruft, während es für die Joddissoziation an sich praktisch ziemlich gleichgültig ist, ob die Verdünnung 1 : 2 : 300 oder 1 : 2 : 500 beträgt. Die Dissoziation aus diesen Lösungen pflegt nämlich derartig schnell von statten zu gehen, daß bereits nach 3—5 Minuten bei etwa 5 Milliampere Stromanwendung der Zellstoff unter der Elektrode, den die Jodjodkalilösung braun färbte, wieder weiß wird. Will man keine stärkere Reizung hervorrufen, so muß man dann den Zellstoff erneuern und neue Lösung auftropfen.

Die Behandlung wird am zweckmäßigsten jeden zweiten Tag, bei empfindlicher Haut jeden dritten oder vierten Tag vorgenommen. Einige der Sykosispatienten klagten während der Behandlung über eigentümliche Sensationen am Gaumen oder in den Zähnen. Ich habe das gleiche auch von zahlreichen anderen Patienten gehört, bei denen ich iontophoretische Anästhesie im Gesicht erzeugte. Es scheint sich bei dieser Empfindung um eine galvanische Reizung sensibler Nerven zu handeln, der wohl keinerlei schädigender Einfluß zukommt, doch ist es von Wert, ängstliche Patienten vorher auf die Möglichkeit dieser Erscheinung aufmerksam zu machen.

Die Patienten müssen vor jeder Behandlung rasiert sein. Eine Epilation irgendwelcher Art wird nicht vorgenommen. Um eine immerwährende Neuinfektion der bereits geheilten Herde durch die ungeheilten hintanzuhalten, läßt man über Nacht eine 2—5%ige weiße Präzipitatsalbe oder noch besser die Sellsche Salbe, d. i. weiße Präzipitatsalbe mit Ichthyol in steigendem Prozentualverhältnis auftragen. Diese hat uns in frischen Sykosisfällen auch als alleiniges Therapeutikum vorzügliche Erfolge gebracht.

Endlich sei noch auf den einzigen Versager meiner ersten Serie von 10 Fällen, Fall VI, eingegangen: Während in allen Fällen eine Beeinflussung des Krankheitsbildes schon in den ersten Tagen zu bemerken war, die sich dann fast mit gesetzmäßiger Gleichmäßigkeit steigerte, kam es bei Fall VI nur zu einer geringen anfänglichen Besserung, zu einem Lichterwerden in den dichten Reihen der Pusteln, dann aber blieb jede weitere Wirkung der Iontophorese aus. Auffallend war dabei, daß der Patient Stromstärken bis zu 30 Milliampere vertrug, die kein anderer Patient vertragen konnte, und daß daselbst eine 20minutige Applikation dieses starken Stromes bei weitem nicht die Entzündung hervorrief, die bei anderen Patienten eine an Zeit und Stärke viel geringere Dosierung zu verursachen pflegte. Die Haut verhielt sich vollkommen refraktär. Auch wenn statt der immerhin kurzen Behandlungszeit (vier Wochen mit 22 Sitzungen) die doppelte Zeit hätte verwendet werden können, so würde ich keinen Erfolg mehr erwartet haben. Die Ursache dieses einen Mißerfolges scheint mir in der Haut des Patienten gelegen zu sein; die vielen Röntgenbestrahlungen hatten eine leichte Atrophie hinterlassen, deren Spuren am Glanz und der Zartheit des Epidermis deutlich zu sehen waren; wir wissen, daß diesen Oberflächenzeichen Tiefenveränderungen entsprechen; das Unvermögen der Haut, auf stärkste Reize mit Entzündung zu antworten, bewies zur Genüge die Gefäßschädigung. Für die Richtigkeit dieser Auffassung sprach das Verhalten der übrigen Krankheitsherde am Körper des Patienten; sie waren mit Sellseis

Digitized by Google

L. T., 36jähr. Bahngehilfe, mit 2jähr. Sykosis der Oberlippe und des Kinns, geheilt mit 33 Ichthyol- und Jodiontophoresen in 12 Wochen.

G. A., 37jähr. Gepäckträger, mit Sykosis der Oberlippe, seit 3 Jahren bestehend; Heilung in 4 Wochen mit 16 Ichthyoliontophoresen.

Fall X: Aus der Privatpraxis von Privatdozent Dr. PÖHLMANN in liebenswürdiger Weise meiner Veröffentlichung überlassen:

Ingenieur A. N., 43 Jahre.

Anamnese: Sycosis staphylogenes des Schnurrbartes, seit 8 Jahren bestehend, trotz Behandlung von verschiedenen Ärzten.

Verlauf und Therapie: Vom 9. bis 26. VI. 22 wurden von Dr. PÖHLMANN 8 Ichthyoliontophoresen vorgenommen, welche die Pusteln zum Verschwinden brachten und noch eine geringe Infiltration zurückließen. Diese wurde vom 5. bis 18. VII. 22 mit 5 Jodiontophoresen ebenfalls zur Heilung gebracht.

Eine Reihe weiterer Fälle, deren erfolgreiche Behandlung erst kürzlich abgeschlossen wurde, seien nicht aufgeführt, da noch mit der allerdings unwahrscheinlichen Möglichkeit von Rückfällen gerechnet werden muß.

Die Technik bei der iontophoretischen Behandlung dieser Fälle entsprach der, wie ich sie bereits in Nr. 14 und 32 dieser Zeitschrift bekanntgegeben habe. Über Wahl und Dosierung des Medikamentes ist noch einiges zu sagen. Es empfiehlt sich, bei den frisch zur Behandlung kommenden Fällen zunächst Ichthyol zu verabfolgen. Dieses Mittel ist nicht nur an sich reizlos, sondern mildert die entzündlichen Erscheinungen schon nach den ersten zwei Sitzungen und ist imstande, die Entzündung vollständig zu beheben. Es scheint außerdem auch desinfizierende Eigenschaften zu besitzen, denn die Zahl der Pusteln pflegt sich mit seiner Anwendung zu verringern. Ichthyol wird aus einer 10—20%igen wässerigen Lösung von der Kathode aus dissoziiert, da es die Eigenschaft einer ganz schwachen Säure zeigt. Bei mittelgroßer, etwa ein Fünfmarkstück deckender Elektrode läßt man den Strom mit 5—10 Milleampere, je nach der Empfindlichkeit des Patienten sogar mit 20 Milleampere 10—15 Minuten einwirken. Sind die entzündlichen Erscheinungen zurückgebildet und bringt die Ichthyoliontophorese keinen Fortschritt mehr in der Heilung, so greift man zu der stärker wirkenden Jodiontophorese. Gewöhnlich ist es so, daß Rötung, Schwellung, Pustelbildung unter Ichthyolanwendung verschwinden, aber noch Infiltrate von durchschnittlich Linsengröße, die anscheinend reaktionslos in der Haut liegen, sich hartnäckig halten. Von diesen pflegen, wie in Fall V deutlich zu verfolgen war, die Rückfälle ihren Ausgang zu nehmen. Mit Jod werden sie zum Erweichen gebracht, wobei nur darauf zu achten ist, daß man keine zu starke Reizung verursacht. Es ist Erfahrungssache und bedarf genauer Beobachtung, wie weit man mit der Jodiontophorese gehen kann. Wenn nötig, schaltet man wieder ein oder zwei Ichthyolbehandlungen ein, um die Entzündung einzudämmen. Oft muß man eine Reizung wagen, um die derben Knoten endlich in Bewegung, d. h. znm Erweichen und Einschmelzen zu bringen.

Jod dissoziiere ich aus der LUGOLschen oder GRAMschen Jodjodkalilösung (1 : 2 : 300 oder 1 : 2 : 500); diese ist die mildere insoweit, als sie die bei der Dissoziation sich bildende Kalilauge mehr verdünnt, als jene es tut. Die Kalilauge ist es nämlich, welche infolge ihrer auch in dieser außerordentlichen Verdünnung leicht keratolytisch wirkenden Eigenschaft die mehr oder minder starken entzündlichen Erscheinungen her-

Digitized by Google

vorruft, während es für die Joddissoziation an sich praktisch ziemlich gleichgültig ist, ob die Verdünnung 1 : 2 : 300 oder 1 : 2 : 500 beträgt. Die Dissoziation aus diesen Lösungen pflegt nämlich derartig schnell von statten zu gehen, daß bereits nach 3—5 Minuten bei etwa 5 Milliampere Stromanwendung der Zellstoff unter der Elektrode, den die Jodjodkalilösung braun färbte, wieder weiß wird. Will man keine stärkere Reizung hervorrufen, so muß man dann den Zellstoff erneuern und neue Lösung auftropfen.

Die Behandlung wird am zweckmäßigsten jeden zweiten Tag, bei empfindlicher Haut jeden dritten oder vierten Tag vorgenommen. Einige der Sykosispatienten klagten während der Behandlung über eigentümliche Sensationen am Gaumen oder in den Zähnen. Ich habe das gleiche auch von zahlreichen anderen Patienten gehört, bei denen ich iontophoretische Anästhesie im Gesicht erzeugte. Es scheint sich bei dieser Empfindung um eine galvanische Reizung sensibler Nerven zu handeln, der wohl keinerlei schädigender Einfluß zukommt, doch ist es von Wert, ängstliche Patienten vorher auf die Möglichkeit dieser Erscheinung aufmerksam zu machen.

Die Patienten müssen vor jeder Behandlung rasiert sein. Eine Epilation irgendwelcher Art wird nicht vorgenommen. Um eine immerwährende Neuinfektion der bereits geheilten Herde durch die ungeheilten hintanzuhalten, läßt man über Nacht eine 2—5 %ige weiße Präzipitatsalbe oder noch besser die Selleische Salbe, d. i. weiße Präzipitatsalbe mit Ichthyol in steigendem Prozentualverhältnis auftragen. Diese hat uns in frischen Sykosisfällen auch als alleiniges Therapeutikum vorzügliche Erfolge gebracht.

Endlich sei noch auf den einzigen Versager meiner ersten Serie von 10 Fällen, Fall VI, eingegangen: Während in allen Fällen eine Beeinflussung des Krankheitsbildes schon in den ersten Tagen zu bemerken war, die sich dann fast mit gesetzmäßiger Gleichmäßigkeit steigerte, kam es bei Fall VI nur zu einer geringen anfänglichen Besserung, zu einem Lichterwerden in den dichten Reihen der Pusteln, dann aber blieb jede weitere Wirkung der Iontophorese aus. Auffallend war dabei, daß der Patient Stromstärken bis zu 30 Milliampere vertrug, die kein anderer Patient vertragen konnte, und daß daselbst eine 20minutige Applikation dieses starken Stromes bei weitem nicht die Entzündung hervorrief, die bei anderen Patienten eine an Zeit und Stärke viel geringere Dosierung zu verursachen pflegte. Die Haut verhielt sich vollkommen refraktär. Auch wenn statt der immerhin kurzen Behandlungszeit (vier Wochen mit 22 Sitzungen) die doppelte Zeit hätte verwendet werden können, so würde ich keinen Erfolg mehr erwartet haben. Die Ursache dieses einen Mißerfolges scheint mir in der Haut des Patienten gelegen zu sein; die vielen Röntgenbestrahlungen hatten eine leichte Atrophie hinterlassen, deren Spuren am Glanz und der Zartheit des Epidermis deutlich zu sehen waren; wir wissen, daß diesen Oberflächenzeichen Tiefenveränderungen entsprechen; das Unvermögen der Haut, auf stärkste Reize mit Entzündung zu antworten, bewies zur Genüge die Gefäßschädigung. Für die Richtigkeit dieser Auffassung sprach das Verhalten der übrigen Krankheitsherde am Körper des Patienten; sie waren mit Selleis

Digitized by Google

Salbe allein besser geworden als das Gesicht mit Salbe und Iontophorese, wenn auch natürlich nicht geheilt. Dieser Fall zeigt die Grenzen der galvanischen Perkutanmethode, deren anscheinend rein mechanistische Wirkungsweise im Erfolg letzten Endes doch von den Reaktionen des Organismus abhängig ist.

Wie ich an iontophoretischen Heilversuchen bei der Tuberkulose gezeigt habe, genügt es auch bei der Staphylokokkeninfektion allein nicht, ein Medikament in die Haut und an die Krankheitserreger heranzubringen; das Gewebe muß angeregt, muß instand gesetzt werden können, von sich aus die Infektion zu bekämpfen und ihrer Herr zu werden. Das ist die Grundbedingung für eine erfolgreiche iontophoretische Behandlung. Diese Erkenntnis macht es wohl begreiflich, wenn ich bei allen Erfolgen sage, daß die perkutane Heilmethode in gewissem Sinne unzuverlässig ist. Nicht mit Amperemeter, Tabelle und Sekundenuhr läßt sie sich in ihren Wirkungen berechnen, sondern sie läßt sich nur mit den Augen des Arztes abschätzen, der befähigt ist, die kleinsten und unscheinbarsten Beobachtungen über die Reaktionen des Organismus zur Richtschnur seines Handelns zu machen.

Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. C. Kaminer).

Pemphigusbehandlung.

Von

Dr. Jos. Iser.

Wir wissen nichts über die Pathogenese dieser furchtbaren Erkrankung; nur viele Theorien und noch mehr Mittel, die allen diesen Theorien gerecht zu werden versuchen. Heilt ein Fall, und sei es auch nur vorübergehend, so buchen wir das als Erfolg unserer Behandlung; in puncto Therapie sind wir immer gern zu Trugschlüssen bereit.

Salvarsan (Arsen), Serum, Chinin, in letzter Zeit Trypaflavin leisten nach übereinstimmenden Mitteilungen mehr als die anderen. An sie knüpfen sich einstweilen unsere Hoffnungen auf ein therapeutisch erfolgreiches Handeln. Inwieweit wir berechtigt sind, diese Hoffnung zu erhalten, dazu liefere diese kurze Mitteilung einen Beitrag.

Zwei Fälle gelangten ziemlich gleichzeitig zur Beobachtung.

Fall 1 wurde am 1. September aufgenommen.

David Z., ein 24jähr. Student der Medizin, Jude aus Ostgalizien. Seine Vorgeschichte ist bedeutungslos. Bis zum Beginn der jetzigen Erkrankung war er immer gesund. Diese selbst begann vor 6 Wochen mit Blasen in Mund und Nase, blieb bis 10 Tage vor der Aufnahme an diese Stellen lokalisiert; seit der Zeit auch vereinzelte kleine Blasen am Stamm, besonders Brust.

Status praesens beim Eintritt in die Klinik: Mittelgroß, grazil gebaut. Nervensystem o. B.; mit Ausnahme eines gewissen „Nervössein", das kaum als Symptom der Erkrankung, eher als rassiges Temperament zu deuten ist. Am Hinterhaupt eine kleine Blase. Mund und Nasenöffnung sind umsäumt von blasig-blutigen Abhebungen. Die Zunge zeigt, besonders an den Rändern, leicht blutende Erosionen. Bläschen am harten und weichen Gaumen. Auf Brust und Rücken Blasen, diffus verstreut, bis kronengroß,

Digitized by Google

schlaff und trüb. Temperatur 37,8. WR mit Blut und Liquor negativ, Liquorbefund normal. Herz, Lungen und Nieren o. B.

Am 2. Sept. 0,15 Neosalvarsan. Tags darauf Neuaussaat von kleinen und größeren Blasen, verstreut auf Rumpf und Extremitäten. Temperatur 38,4. Am 4. Sept. 0,15 Neosalvarsan; keine Veränderung. Am 6. Sept. 0,3 Neosalvarsan. Nun Schüttelfrost, abends 39,3. Am nächsten Tag Emporsteigen von großen Blasen auf Brust und Rücken. Am 8. Sept. 1 ccm Terpichin, 3mal 0,4 Chinin. In den nächsten Tagen Konfluenz derselben, Abhebung der Epidermis in weiter Ausdehnung, so daß schließlich Brust und Rücken, vollständig in rote, nässende Flächen verwandelt, das Bild des Foliaceus hervortreten lassen; am 11. Sept. 1 ccm Terpichin, Temperatur dauernd 38,5—39,5, Koffein, Kampfer, Digitalis. Nirgends eine Neigung zur Epithelisierung der erkrankten Stellen, im Gegenteil ein Neuauftreten von Blasen an der Palma und am Mons pubis. Am 15. Sept. 10 ccm Serum intramuskulär, 4mal 0,4 Chinin. Am nächsten Tag neue Blasen ad frontem, weitere Abhebung am Mons pubis. Am 17. Sept. 10 ccm Serum + Afenil intramuskulär. Tags darauf subjektive Besserung; Temperatur 37,3; beginnende Überhäutung der Herde an den Ellenbeugen und am Knie. Am 19. Sept. 10 ccm Serum + Afenil, ebenso am 23., 26. und 30. Sept., am 5. und 11. Okt. In der Zeit fast vollständige Abheilung der Herde im Mund, am Rücken und weitgehende Überhäutung auf der Brust. Überall mit Hinterlassung tiefdunkler Pigmentationen. Nur hin und wieder ein kleines Bläschen. Nach dem 10. Okt. aufs neue Hervorbrechen von Blasen an Armen und Beinen, perigenital, in den abgeheilten Stellen auf Brust und Rücken und im Mund. Trypaflavinpinselung, dauernd Chinin. Am 16. Okt. Serum + Afenil; Kampfer, Koffein. Rasch fortschreitender Kräfteverfall, Knöchelödeme. Am 26. Okt. Exitus. Dem Sterbenden noch sprossen Blasen auf Stirn, Lidern und Lippen auf.

Fall 2. Aufnahme am 23. August. Emanuel S., 67jähr. deutscher Bauer aus dem Saazer Land, der sein Leben lang nie die Grenzen seiner engeren Heimat überschritt. Seine Vorgeschichte ist ohne Besonderheit. Die jetzige Erkrankung begann im April. Auch bei ihm im Mund kleine Bläschen an Zunge und Zahnfleisch. Im Mai erste Aussaat von kleinen Blasen über den Stamm. Bisherige Behandlung: eine Schmierkur, die die entsprechende Verschlimmerung brachte, später indifferente Salben.

Status praesens bei der Aufnahme: Mittelgroß, grobknochig; Nervensystem o. B. Mit einem gesunden Gleichmut versehen, den er durch Dalmatinerwein gut stützt. Am Kopf einzelne kleine, borkig belegte Herde. Um den Mund und am Kinn flächenhaft umschriebene Krankheitsherde, teils nässend, teils mit krustösem schmierigem Belag überzogen. Die Schleimhaut der Zunge und des Mundes ist partienweise des Epithels beraubt, zeigt teils leicht blutende Erosionen, teils weißlichgraue Auflagerungen. Das Zahnfleisch ist aufgelockert. Foetor ex ore. Weiter ist der Prozeß lokalisiert an Hals, Axilla, Ellenbogen und Ellenbeugen, Inguinalgegend und Nabel. Hohe, framboësiforme Vegetationen mit serpiginöser Begrenzung, in der Randzone den Epithelsaum erkennen lassend, besonders ad axillam und Ellenbeugen. Kondylomartige Wucherungen, teilweise nässend besonders in inguine und am Skrotum. Leicht blutende flache Erosion am Nabel, lackartig glänzend. Kleinere Herde am Rücken, an den der Rückenlage entsprechenden Druckpunkten. Da und dort vereinzelte kleine Blasen. Im ganzen das Bild des Foliaceus vegetans. Temperatur 37,5, WR in Blut und Liquor negativ. Liquor normal. Herz, Lungen und Nieren o. B. Am 26. Aug. 0,15 Neosalvarsan, von da ab jeden 3. bis 4. Tag 0,15, später 0,3. Nebstdem ab 1. Sept. zunächst 3mal 0,4 Chinin, später 4mal 0,4 und zeitweise Trypaflavinpinselung. Dies bis zur symptomlosen Entlassung am 19. Nov. Der Weiterverlauf mit Einsetzen der Behandlung war ein Eintrocknen und Überhäuten der perioralen Herde, dafür aber fortschreitende Vegetation mit Neigung zur Verhornung und Weiterschreiten in die Peripherie an Stamm und Extremitäten. Außerdem Neuaufsprießen von Blasen am Hals und perigenital. Erst im Oktober allmähliches Eintrocknen der kondylomartigen genitalen Wucherungen, der Vegetationen am Stamm und Überhäutung der Schleimhaut des Mundes. Hartnäckig wehrten sich gegen die Epithelisierung die Herde an Ellenbogen und Ellenbeugen, am Rücken und am Nabel. Zum Teil überhäutet mit dunkler Pigmentation blieb immer noch eine nässende Peripherie mit kragenförmigem Epidermiswall. Anfang November Überhäutung auch dieser Stellen, zuletzt der Nabel.

Nun das Fazit aus dem Verlauf beider Fälle.

Fall 1: Augenscheinliche Reizung durch Salvarsan; dabei die verabreichte Menge 0,6 g. In der Literatur ist diese Verschlimmerung nach

Digitized by Google

Salvarsan bereits festgelegt. Andere Mittel rufen ähnliches hervor wie Jod und Quecksilber (Provokation von Derm. herp. Duhring durch Jod). Dann Serum mit Afenil + Chinin, darauf Remission: Zusammenfallen der Darreichung der Mittel mit der gleichzeitigen Remission, also Vortäuschen oder wirklich günstige Wirkung durch unsere Medikation. Schließlich bei Trypaflavin, Serum, Chinin — Exitus.

Fall 2: Bis zum Tage seiner Entlassung bekommt er dauernd in kleinen Dosen Neosalvarsan, im ganzen 6,25 g nebst der entsprechenden Menge Chinin. Während dieser Zeit zunächst zwar hin und wieder neue Schübe, aber doch schließlich Verschwinden aller Symptome; symptomlos geht er nach Hause.

Ein kurzer Rückblick noch auf die letzten 10 Jahre Pemphigusbehandlung an unserer Klinik. Bei 7 Fällen schließt die Krankengeschichte mit „symptomlos entlassen". Davon 3 Fälle (P. vulg.) nach 5—8 Seruminjektionen, 2 Fälle (P. vulg.) nach Arsenmedikation + Chinin, 1 Fall nach Trypaflavinpinselung. Endlich 1 Fall von Vegetans! nach 4 Altsalvarsaninjektionen, daneben Tinct. Fowleri.

11 Fälle wurden gebessert entlassen; davon 1 Fall von Vegetans nach 4 Altsalvarsaninjektionen und Fowlerimedikation. Die übrigen 10 Fälle (P. vulg.) verteilen sich ziemlich gleichmäßig auf Arsen, Chinin, Serum; 1 Fall auf Strychnin.

6 Fälle starben; davon 3 Fälle Foliaceus bei Salvarsan, Tinct. Fowleri, Chinin. 1 Fall von Vegetans nach 6 Seruminjektionen. Die übrigen 2 Fälle sind P. vulg.

Zusammenfassung: Auch bei uns steht an der Spitze der Mortalität der Foliaceus; er erweist sich, wie auch unser Fall 1 zeigt, einer Behandlung am wenigsten zugänglich.

Bei der Form des Vulgaris ist Arsen (Salvarsan), Chinin, Serum, Trypaflavin symptomatisch wirksam. Bei Unverträglichkeit des einen sofort das andere versuchen.

Bei der Form des P. veget. ist das Mittel der Wahl das Neosalvarsan, in kleinen Dosen durch lange Zeit; daneben eventuell Chinin + Trypaflavin, wie bei unserem Fall 2.

Stützapparat zur Verwendung in Fällen psychischer Impotenz.

Von

Dr. Leopold Pollmer in Wien.

Mit 1 Abbildung[1]) im Text.

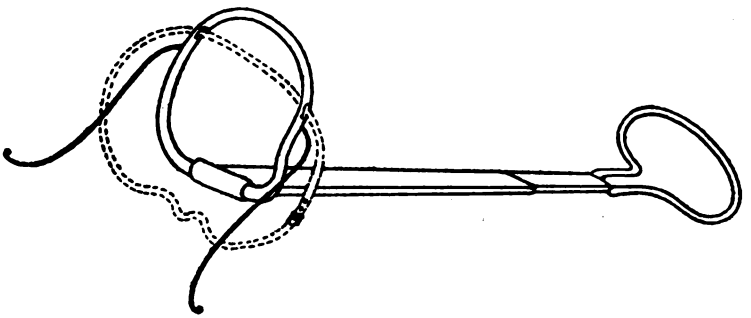
Obwohl die Grenzen der organisch und psychisch bedingten Impotenz ineinander übergehen und nicht selten eine nicht oder kaum nachweisbare organische Veränderung eine derartig inadäquate psychische Wirkung hervorrufen kann, daß ein vollkommenes sexuelles Versagen daraus

[1]) Der Apparat (D.R.P.) wird unter dem Namen „Virtutor" bei der Firma Leiter, Wien IX, Marianneng. 11, abgegeben.

Digitized by Google

resultiert, so ist doch von den sogen. Sexualneurasthenikern, die zur Behandlung kommen, der überwiegend größere Teil rein funktionell resp. psychogen erkrankt, ja manche Autoren vertreten die Ansicht, daß alle Formen der Sexualstörungen — bisher unter dem Namen „Sexualneurasthenie" zusammengefaßt — auf psychische Momente zurückführbar sind.

Das Erektionszentrum, als eine zwischen Gehirn und Genitalapparat im Lendenanteil des Rückenmarkes eingeschaltete Zwischenstation, kann durch zentrale und periphere Reize reflektorisch erregt werden. Peripher durch Reize innerhalb erogener Zonen, besonders im Bereiche des Genitales, zentral, vom Großhirn aus (durch Vorstellungen, Sinneswahrnehmungen usw.). Diese zentrale Innervation vom Großhirn muß aber nicht immer erregender, sondern kann auch hemmender Natur sein. Wenn nun diese, die Erregung des Zentrums hemmenden psychischen Impulse das Übergewicht erlangen, wird der normale Ablauf des Sexualvorganges verhindert oder unterbrochen, und wir haben das Bild der psychischen Sexualinsuffizienz vor uns. Solche Hemmungsvorstellungen



bzw. Affekte entfalten ihre den Sexualablauf verhindernde oder störende Wirkung größtenteils vom Unterbewußtsein aus, können daher vom Patienten selbst nicht in ihrem ganzen Umfange und ihrer Tragweite erkannt und eliminiert werden.

Das seelische Leiden solcher Patienten darf nicht gering eingeschätzt werden, und nicht selten wird ein Arzt, der solches tut, durch einen Verzweiflungsausbruch des Patienten von der Schwere dieses Leidens überzeugt werden. Selbstmordversuche und Selbstmorde sind in den Reihen solcher Patienten viel häufiger zu finden, als z. B. bei venerisch Erkrankten. Das Gefühl der Organminderwertigkeit, der Minderwertigkeit als Mann, das Gefühl qualvollster Beschämung, die Angst, nicht geheilt zu werden, lösen schwere Depressionszustände aus, zumal der Wunsch nach sexueller Befriedigung unvermindert bestehen bleibt und dem Patienten, in nicht entsprechender Weise erfüllbar, keine Ruhe läßt. Andererseits vertieft dieser Zustand das Leiden, da er naturgemäß zur Quelle immer neuer Hemmungsvorstellungen werden kann. Soviel Ersprießliches auch der erfahrene Arzt durch die Psychotherapie erreichen kann, eine Anzahl solcher Patienten bleibt dennoch durch sie, wie auch durch Organotherapie, physikalische und medikamentöse Maßnahmen un-

Digitized by Google

beeinflußbar und jeder vergeblich ausgeführte therapeutische Versuch läßt den Patienten noch tiefer in seinen Jammer sinken. Es sind dies nicht immer nur die Zwangsneurotiker und die auch sonst konstitutionell Minderwertigen, sondern oft anscheinend leichte Fälle, bei denen unvermutet, oft nach kurzdauernder Besserung, eine nicht behebbare Fixation ihres Leidens auftritt.

Solchen Patienten gebe ich seit längerer Zeit den von mir konstruierten Stützapparat, der die Immissio penis ermöglicht. Die nach erfolgter Immissio zustande kommenden natürlichen sensiblen Reize innerhalb der Vagina bewirken die Erektion und schließlich die Ejakulation. Ist dies erreicht, werden die psychischen Hemmungen durch den so ermöglichten natürlichen und sich summierenden Reiz auf diese Weise überwunden und der Patient zur Erkenntnis gebracht, daß seine Impotenz nur psychogener Natur und eine Kohabitation ausführbar ist, kehrt auch das Selbstvertrauen wieder, und die vordem erfolglos gebliebene Psychotherapie kann nunmehr einen bleibenden Erfolg erzielen. Nicht selten genügt es dann dem Patienten, den Apparat zu seiner Beruhigung bei sich zu haben, ohne von ihm Gebrauch machen zu müssen. (In seinem Buche „Sexuelle Neurasthenie" berichtet Flatau über eine analoge Erfahrung.)

Versuche, die Immissio mechanisch zu ermöglichen, wurden schon einige Male unternommen. Doch haften den bisherigen Apparaten (Schlitten, Spirale usw.) — von den Saugapparaten ganz zu schweigen — Mängel an, die Verfasser bei seinem Apparat vermieden hat. So ist der Apparat schnell und leicht anlegbar, ist nahezu unbemerkbar und ermöglicht die Immissio auch bei ganz schlaffem Penis. Er ist zwecks Reinigung in seine Bestandteile zerlegbar und der Anlegung eines Kondoms in keiner Weise hinderlich.

Der Apparat besteht aus einem entsprechend gebogenen Grundringe, der um die Wurzel des Penis zu liegen kommt. Er wird durch zwei federnde Bügel fixiert, die zwischen Skrotum und Oberschenkel — dem Schambein entlang — lagern und durch den natürlichen Schenkeldruck festgehalten werden. Zur weiteren Sicherung dieses Ringes dient ein Gummiband, das um den Skrotalansatz geschlungen wird und quer durch den Ring selbst geht, wodurch eine elastische Verringerung seines Umfanges erzielt wird. Von diesem Grundringe geht entlang der Unterfläche des Penis eine bei Erektion sich automatisch verlängernde Tragleiste, die durch eine im Grundringe versenkte Spirale nach aufwärts federt, wodurch Stellung und Elastizität, wie sie der physiologisch erigierte Penis besitzt, bewirkt werden. Die Tragleiste ist an ihrem oberen Ende gegabelt und trägt einen abnehmbaren und verkürzbaren dünnwandigen Gummischlauch, der sich kreisförmig schließt und vor dem Gebrauch dem Umfang des Gliedes angepaßt wird. Er wird sodann mit den Fingern auseinandergedehnt und derart über die Glans gezogen, daß er sich fest um den Sulcus glandis legt.

Die Gefahr einer Abscheuerung oder gar Verletzung des männlichen oder weiblichen Genitales ist bei dieser Konstruktion ausgeschlossen. Auch sonst konnte niemals irgend ein die Gesundheit schädigendes Moment beobachtet werden. Natürlich wird den Patienten ein übertrieben häufiger

Digitized by Google

Geschlechtsverkehr verboten, was aber auch unter sonstigen Umständen als eine allgemein einzuhaltende Regel gilt. Selbstverständlich kann und darf der Apparat die ärztliche Behandlung nicht ersetzen, sondern hat nur den Zweck, deren Erfolg letzten Endes zu unterstützen und zu sichern[1]). Immerhin ist die Zahl der an sexueller Insuffizienz Leidenden eine so beträchtliche, das Leiden nicht immer und nicht immer restlos behebbar, die Gefahr der sich vertiefenden Depression, ehelicher Konflikte usw. zeitigt nicht selten eine derartig zur Abhilfe drängende Situation, daß sich daraus die Indikation für den beschriebenen Apparat ergibt und zumindest die Berechtigung, ihn nicht unversucht zu lassen, zumal es namentlich auf dem Gebiete der Sexualtherapie und -hygiene von Wichtigkeit ist, diese Patienten im ärztlichen Wirkungsbereiche zu behalten, um sie vor Kurpfuschern und deren unkontrollierbaren Mitteln bewahren zu können.

Iwan Bloch

Mit Iwan Bloch ist ein großer Gelehrter dahingegangen, der seine Gelehrsamkeit aus sich selbst heraus in anderer Weise gewann, als es in der Medizin heutzutage üblich ist. Fernab vom Laboratorium und vom Krankensaal erforschte er, mit großen Sprachkenntnissen und großer philologischer Gelehrsamkeit sich selbst ausrüstend, die Geschichte der Sexualwissenschaft, fast wie ein mittelalterlicher Scholastiker anmutend, forschend und sammelnd im eigenen engen Studierzimmer zwischen den hohen Regalen seiner mühevoll zusammengebrachten Bücher. Mit Bienenfleiß und mit großer kompilatorischer Fähigkeit formte er übersichtliche Bilder von den Bräuchen und Sitten alter und neuer Zeiten, wie es eines geborenen Historikers würdig war. Mit dem sensibelsten Nervensystem begabt, durch jeden rauheren Hauch tödlich verletzt, stand er der um ihn brandenden Welt unpraktisch und kindlich unbeholfen gegenüber. Doch gerade seine feine Einfühlungsfähigkeit machte es ihm möglich, aus dem Geist seiner Bücher heraus den Sinn der von ihm studierten Epochen anschaulich und unvergeßlich plastisch hinzustellen. Denn er nahm nicht nur auf aus seinen Büchern. Mit der Sammlung von Daten war in ihm das Verlangen nach Mitteilung des Gesammelten verbunden, und diesem Verlangen gab er von früher Jugend an nach, dies war sein Lebensberuf. Seine große, gewissermaßen feuilletonistische Fähigkeit, dem Thema die allgemein interessierende Seite abzugewinnen und packend und überzeugend zu schildern, findet sich in allen seinen Werken ausgeprägt. Das Gebiet seiner Studien verband ihn mit dem tiefgründigst gelehrten Pagel, mit dem genialen Sexualforscher Eulenburg. Er machte sich, seiner sensitiven Eigenart gemäß, an die nervösziterndsten Gebiete der Geschichte der Medizin, an die Lehre von der Sexualität und ihren Abnormitäten, und es ist kein Wunder, daß er in diesem Gebiet, das er, als Autodidakt, in seiner Weise sich zu eigen machte, mit kräftigeren Naturen, die die Sache vom lebendigen Menschen aus angriffen, schmerzvoll zusammenstieß. Nicht weniger mit Gelehrten, die an das offene Besprechen dieser Themata noch nicht gewöhnt waren. Denn man darf nicht vergessen, daß dieses Gebiet, das heutzutage ganz offen und ungeniert abgehandelt wird, damals, vor 25 Jahren, trotz aller naturwissenschaftlichen Aufklärung und trotz aller anscheinend bereits gewonnenen Vorurteilslosigkeit noch etwas war, dessen Besprechung sogar in rein wissenschaftlichen Arbeiten als unanständig galt, und dessen wissenschaftliche Berechtigung überhaupt noch gar nicht etwa anerkannt war. Seine ersten Bücher und auch einige spätere, Verirrungen des Geschlechtslebens betreffende (über den Marquis de Sade, über

---

[1]) Aus diesem Grunde, um jeden Mißbrauch zu vermeiden und die Kontrollmöglichkeit zu sichern, daß der Apparat nur an Ärzte bzw. gegen ärztliche Verschreibung abgegeben wird, wurde das Patent angemeldet.

Digitized by Google

Rétif de la Bretonne, die sexuelle Osphresiologie, das Geschlechtsleben in England), schrieb Bloch unter Pseudonymen, und man wußte lange Zeit nicht allgemein, daß dieser ganz junge Autor der Verfasser der rasch bekannt gewordenen Werke sei. Damals war Bloch wirklich noch sehr jung und trotz der tiefen Gelehrsamkeit seiner zu klaren und unanfechtbaren Resultaten gelangenden Schriften noch nicht gefestigt in Wissen und Urteil. Leicht zur Theorie geneigt auf Gebieten, die er nicht praktisch, sondern nur literarisch beherrschte, und kampflustig ließ er sich ab und zu in Streit über wissenschaftliche Fragen ein, und war höchst erstaunt, wenn der Gegner ihm seine leicht persönlich gefärbte Schreibweise und die geringe wissenschaftliche Basierung seiner Behauptungen übelnahm und, wie z. B. Neisser, nichts weiter von ihm wissen wollte. So empfindlich er selbst war: er hatte es ja gar nicht schlimm gemeint. Blochs wissenschaftliche Anerkennung begann mit dem ersten Band seines Buches über den Ursprung der Syphilis, den er als 29jähriger herausgab, ein prachtvolles Werk, in dem er unter Aufwand der größten Belesenheit die Einführung der Syphilis aus Amerika in die alte Welt vertrat, diese früher allgemein gültige Anschauung, die nur wenige Jahrzehnte lang in völlige Mißachtung geraten war. Gerade über dieses Buch sind ihm Vorwürfe mangelnden Quellenstudiums gemacht worden, dieser Widerspruch hat Sudhoffs bis in die Originalakten jener Zeit hineindringendes und uns mit wertvollstem Material versorgendes Werk hervorgebracht. Wir können aber froh sein, ein so frisch und lebendig geschriebenes Buch wie das Blochsche zu besitzen, das doch wohl die richtige Lösung gefunden hat. In die Originalhandschriften, wie der große Gelehrte, der ihm widersprach, hat sich freilich Bloch nicht vertieft, aber die angezogenen fremdsprachigen Literaturangaben des 16. Jahrhunderts hat er wohl alle im Original, wenn auch z. T. in späteren Ausgaben, gelesen.

Neben seiner literarischen Tätigkeit übte Bloch die Praxis als Dermatologe und als Arzt für sexuelle Erkrankungen aus. Doch scheint die Praxis ihn viele Jahre lang nicht allzufest gebunden zu haben, sonst hätte er nicht seinen Wohnort für lange Zeit verlassen und sich erneutem theoretischen Studium bei Unna in Hamburg widmen können. Unna erkannte alsbald die große Begabung Blochs als Interpreten fremder Gedankengänge. Er übertrug es ihm, sein eigenes Lebenswerk durchzuarbeiten und darzustellen. Aus dieser Zeit stammt auch Blochs bekanntes Buch „Die Praxis der Hautkrankheiten“ mit dem Untertitel: Unnas Lehren für Studierende und Ärzte, 1908. In ihm wird die große, neues Leben nicht nur der Dermatologie, sondern der gesamten Pathologie einflößende Arbeit des Hamburger Meisters in vollendeter Form gesammelt dargestellt.

Blochs zweites, großes Werk ist das eine unerschöpfliche literarische Fundgrube darstellende Buch über die Prostitution, dessen erster Band 1912 erschien, dessen zweiten er nicht vollenden konnte. In ihm geht er an die Wurzeln dieser Erscheinung, indem er einen agamischen Urzustand der später folgenden monogamen und polygamen Einrichtung entgegenstellte. Die Prostitution ist das Überlebsel jenes Urzustandes und nur denkbar bei fortgeschrittener Kultur. Eine überwältigende Fülle von Altertumsliteratur ist hier kritisch gesichtet und in vollendeter, stets spannender Form angeordnet. Das Werk ist der erste Band des Handbuchs der Sexualwissenschaft, d. h. der Wissenschaft, die als Wissenschaft erst begründet und benannt zu haben, Bloch sich rühmt. So sehr auch Blochs Werke literarische Studien sind, stellen sie doch ganz etwas anderes dar als Kompilationen. Neben aller wissenschaftlichen Exaktheit sind sie geistreiche Essays, in deren Aufbau und Form er sein ganzes Wesen hineinlegte. Jedes Werk, das er schrieb, war für ihn eine Offenbarung, wurde von ihm selbst als höchste Vollendung eingeschätzt, nicht bloß dem Inhalt nach, sondern auch nach Gedankengang und Anordnungsform. Man möge das Buch, sagte er in der Einleitung seines „Ursprungs der Syphilis“, Kapitel nach Kapitel lesen, nicht hier und da ein Stück; denn sonst werde man die logische Entwicklung nicht würdigen können. Das klingt recht überheblich; für den, der Blochs Wesen kannte, war es alles weniger als das, es war nur die Ehrfurchtsbezeigung vor dem vollendeten Werk. Der Krieg war für Blochs zarte Geistigkeit die Zerstörung selbst. Als er als Arzt einrückte, litt er unaussprechlich unter dem Dienst, seinen Formen, seinem Schema. In diesen Ton konnte er sich nicht einfühlen. Beweglich klagte er besonders darüber, daß er nun ganz aus der Arbeit für den zweiten Band seiner Prostitution herausgerissen sei, nie wieder würde er sich in das Material von neuem hineinarbeiten können. Lange dauerte es, bis Bloch sich in die Arbeit, die er für sein Lebenswerk hielt, wieder hineinfand, aber sein tragisches Schicksal gestattete ihm nicht, sie zu vollenden. Es warf ihn auf ein langes Kranken-

Digitized by Google

lager und bereitete ihm Leiden, wie sie ungemessener nicht gedacht werden können. Durch schwere, an Herzerkrankung sich anschließende Thrombosen verlor er erst das eine, dann das andere Bein. In diesem Zustand sehnte er sich nach Gesundung, nach Leben, nach Ehrung zu seinem bevorstehenden 50. Geburtstag, der denn auch zu einer großen Feier durch seine Freunde und Anhänger gestaltet wurde. Erstaunlich war sein Lebensdurst trotz des furchtbaren Geschickes, das ihn betroffen hatte. Der Gedanke an die Vollendung seines Werks hielt ihn aufrecht. Nach der Heilung seiner Wunden nahm er seine ärztliche Tätigkeit und seine wissenschaftliche Arbeit wieder auf. Nicht für lange, denn nach wenigen Monaten raffte der Tod ihn hin.

In Bloch ist ein lauterer, kindlich guter Mensch dahingegangen. Empfindsamkeit bis zur Schmerzhaftigkeit zeichnete ihn in so hohem Grade aus, daß der Umgang mit ihm vielfach nur mit der allergrößten Behutsamkeit möglich war. Den Anforderungen des Lebens vermochte er Widerstand nicht entgegenzusetzen, erlittene Unbilden entlockten ihm nur Klagen. Durchdrungen von der Höhe seiner Lebensaufgabe, durstete er nach Anerkennung, war er empfänglich für jedes Lob, wurde er sogleich ins tiefste Herz getroffen durch jedes Hemmnis und jeden Widerspruch. Seine Persönlichkeit wird denen, die ihm näherstanden, unvergeßlich sein, sein Ruhm wird durch seine aus reinstem wissenschaftlichen Streben erwachsenen Werke erhalten bleiben und wachsen.

F. Pinkus-Berlin.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. November 1922.

Bericht von Dr. L. Kleeberg-Berlin.

1. Bruhns demonstriert einen Mann mit **doppelseitigen Mal perforant** unter beiden Fußsohlen. Heilung unter Neosilbersalvarsanbehandlung. Außer den trophischen Störungen müssen Gefäßveränderungen vorliegen, die der Therapie zugänglich sind. B. erinnert an die Erfolge Kleinschmidts in solchen Fällen mit Röntgentiefenbestrahlung.

Buschke erinnert an die Befunde Babinskis, der feststellte, daß es psychogen durch reine Sympathikuswirkung zum Verschluß der Gefäße kommen kann. B. glaubt, daß auch in diesen Fällen der Sympathikus eine wesentliche Rolle spielt.

2. Franz Rosenthal zeigt ein Zwillingspaar mit ausgedehnter **Urticaria pigmentosa.** Im Ruhezustand erscheinen die einzelnen Effloreszenzen wenig urtikariell, aber deutliche Urticaria factitia localisata.

Arndt weist auf die Bedeutung dieses Falles für die Auffassung der Urticaria pigmentosa als kongenitale Mißbildung hin.

3. E. Saalfeld demonstriert einen Mann mit **Naevus sebaceus** auf der linken Nasolabialfalte.

4. Buschke: a) **Leukoderm** auf dem Rücken nach **Pityriasis rosea** bei einem Knaben. Keine Reaktion der Flecke auf intensive Lichtbestrahlung. Pilomotorenphänomen (Sklarz) positiv.

b) Multiple **Syringozystadenome** auf dem Abdomen einer Frau.

E. Saalfeld glaubt noch an die endotheliale Natur dieser Tumoren.

5. Sklarz demonstriert eine Pat. mit **Lupus erythematodes (Erythema centrifugum).** Scheibenartige, lividrote Herde mit geringer Schuppung und Atrophien. Lokalisation bandförmig am Hals, symmetrisch an den Augenbrauen, Wangen, in der Nähe der Kieferwinkel, auf den Streckseiten der Hände und Vorderarme. Hier vor allem handtellergroße Ringe. Abblassen der Herde während der Menses. Für Tuberkulose klinisch und anamnestisch kein Anhaltspunkt. Demonstration des histologischen Präparates.

6. Langer demonstriert ein Kind mit **Leukoderm** an Hals und Achseln (Lues per stuprum). Luetisches Leukoderm bei Kindern sonst äußerst selten beobachtet.

7. Kleeberg berichtet über eine Pat. mit **luetischem Ikterus,** bei der die sonst über den ganzen Körper verbreitete Roseola mit scharfer Grenze nur auf dem Teil des Abdomens ausgeblieben war, auf dem keine Umschläge gemacht worden waren. Er erinnert an die analoge Beobachtung Weinbrenners, Ausbleiben des luetischen Exanthems an der vom Kaliumpermanganatbad bedeckten Körperpartie.

Digitized by Google

Sklarz berichtet über eine Beobachtung bei einem Lastträger, bei dem nur die Gegend des rechten Schulterblattes, auf dem er die Säcke zu tragen pflegte, von dem Exanthem ausgespart geblieben war.

8. Franz Rosenthal zeigt: a) eine Pat. mit **Epidermolysis bullosa hereditaria**, bei der an den früher affizierten Stellen multiple Warzen aufgetreten sind;

b) den früher schon von Bruhns vorgestellten Pat. mit diffuser Keratosis pilaris, Hyperkeratosen der Handflächen nach **allgemeinem Salvarsanexanthem**. Jetzt ausgedehnte pustulöse **Komedonenakne**, vor allem auf dem Rücken. R. hält dies für eine Folge der Salvarsanwirkung.

Arndt glaubt, daß dies mit dem Salvarsan nichts zu tun hat, und sieht es für eine exogen bedingte Komedonenakne an.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

Bd. 10, Festschrift für Hermann Kümmel.

Über die Behandlung der Hydronephrose, von F. Oehlecker-Hamburg. S. 1. Die Arbeit stellt eine kurze und doch erschöpfende Übersicht über sämtliche Hypothesen der Entstehung der Hydronephrose, sowie der Angaben zu ihrer Beseitigung dar. Im allgemeinen wird man in Zukunft den plastischen Methoden eine größere Indikationsbreite einräumen müssen, was aber sicher zwangsläufig eine Folge der sich immer weiter ausbreitenden und vervollkommnenden Untersuchungsmethoden sein wird, durch die wir häufiger Frühfälle zu Gesicht bekommen werden, als dies bisher der Fall war.

Kittniere und Kittureter, von F. Oehlecker-Hamburg. S. 47. Die Kittniere stellt eine spontane Vernichtung der Niere durch eine tuberkulöse Erkrankung dar, die nicht weiter um sich gegriffen hat, sondern gewissermaßen abgekapselt ist. Verf. fand nun neben dieser schon oft beschriebenen Kittniere noch einen Kittureter, der auch bis fast zur Blase abgetragen wurde. Der Ureter war, auch ohne Füllung mit Kontrastmasse, vor dem Röntgenschirm zu erkennen.

Die teils transperitoneale und teils extraperitoneale Nierenoperation. (Extraperitoneale Nierenoperation nach Verkleinerung des Peritonealsackes.) Die Nephrektomie der infizierten Beckenniere, von F. Oehlecker-Hamburg. S. 52. Bei großen Nierentumoren geht Verf. die Tumoren von vorne, transperitoneal, an. Nach Eröffnung des Abdomens durch Schnitt längs des Rektusrandes wird das Kolon nach der Mittellinie verdrängt. Jetzt wird lateral vom Kolon das Peritoneum vor der Niere durchtrennt, so zwar, daß ein Peritonealstreifen stehen bleibt. Der Rand dieses Streifens wird mit dem medialen Wundrand vernäht und so der Peritonealraum wieder geschlossen. Jetzt kann man extraperitoneal die freiliegende Niere angehen. Bei dieser Methode liegen die Nierengefäße viel leichter zugängig. Dadurch, daß der Peritonealraum sofort verschlossen wird, eignet sich die Methode auch für infizierte Fälle.

Hydronephrose der rechten Hälfte einer Hufeisenniere, von F. Oehlecker-Hamburg. S. 66. Verf. berichtet über einen Fall von Hufeisenniere, dessen rechte Hälfte eine Hydronephrose darstellte. Die Abtrennung der kranken Hälfte gelang besonders gut, dank der transperitonealen Operationsmethode, weil so die Brücke, die hier sehr dünn war, sich leicht übersehen ließ.

Paranephritischer Abszeß bei dystropischer Niere, von F. Oehlecker-Hamburg. S. 74. Verf. berichtet über einen Fall von paranephritischem Abszeß, der zwölf Tage nach Abheilung eines Nackenkarbunkels die ersten Erscheinungen machte. Es handelte sich um eine Resistenz in der Cökalgegend. Erst die Zystoskopie und Pyelographie sicherte die Diagnose, da sie eine tiefliegende rechte Niere erkennen ließ. Eine Eröffnung des Abszesses brachte Heilung.

Digitized by Google

Über die Eigenharnreaktion nach Wildbolz, von E. Rondelius-Hamburg. S. 77. Nach Eingehen in alle Angriffe gegen diese Methode, kommt Verf. zu der Ansicht, daß erstens die Methode absolut nicht so leicht ist, wie behauptet wird, andererseits hält Verf. die Benützung des Blutserums für aussichtsreicher, als die Harnreaktion, da der Urin doch meist kein geeignetes Objekt ist, so subtile Reaktionen auszuführen. Immerhin wendet sich Verf. gegen die absolute Ablehnung der Reaktion, die uns manche interessanten Aufschlüsse gegeben hat und noch geben wird, wenn man nur ihre Fehlerquellen kennt.

Experimenteller Beitrag zur Radiographie von Nierensteinen mittels der Imprägnationsmethode, von H. Kümmell jr.-Hamburg. S. 92. Durch eine sinnreiche Anordnung hat Verf. die Imprägnationsfähigkeit der einzelnen im uropoetischen System vorkommenden Steine festgestellt und dann untersucht, wie sie sich in der Flüssigkeit, im Gewebe usw. auf der Röntgenplatte darstellen. Verf. fand, daß bei Aufnahme der bloßen Steine die Steine mit Kalkbestandteilen sich am schärfsten abheben, ebenso war das Verhältnis bei den experimentell in Lebersubstanz eingebetteten Steinen; die Reihenfolge war Phosphatsteine am deutlichsten, dann Oxalat-, Karbonat- und Mischsteine. Zystinsteine waren nur als Schatten und Uratsteine überhaupt nicht zu sehen. Als Imprägnierungsmittel wirkt am stärksten Arg. nitric. in 2 %iger Lösung, dann Jodkali und am schwächsten Kollargol. Legt man die Steine in mit Kochsalzlösung gefüllte Fingerlinge, so heben sich die Steine, auch nicht imprägniert, stärker ab, anders ist dies, wenn man sie in aufgeblasene Fingerlinge, Lufthüllen legt. Hier heben sich die Konkremente bedeutend deutlicher ab. Verf. empfiehlt also die Pyelographie mit 2%iger Arg. nitric.-Lösung, sobald man klinisch einen Nierenstein vermutet, die Röntgenplatte aber keine zeigt.

Über die Anwendung resorbierbarer Tamponade in der Urologie, von H. Kümmell jr.-Hamburg. Verf. empfiehlt eine von der Hamburger Katgutfabrik Dr. Hans Braun und Dr. Wilhelm Braun fabrikmäßig hergestellte tierische Membran, die auf blutende Stellen gebracht, sich vollsaugt und anschmiegt und so die Blutung zum Stehen bringt. Verf. konnte am Tierexperiment feststellen, daß, wenn der Tampon nicht zu dick aufgelegt wird, er völlig resorbiert wird. Bei zu dicker Auflage aber wird er organisiert. Von Wichtigkeit ist peinlichst aseptisches Arbeiten, da eine Infektion in dem blutgetränkten Tampon einen günstigen Nährboden findet. In der Urologie wurde der Tampon hauptsächlich bei der Nierendekapsulation, sowie bei Blasenoperationen mit gutem Erfolg angewandt.

Über kongenitale Blasendivertikel, von Willy Anschütz-Kiel. S. 103. Bestehen schon in der Kindheit Beschwerden beim Urinieren, kann der Urin nicht mit der normalen Schnelligkeit entleert werden, so glaubt Verf. eine angeborene Divertikelbildung annehmen zu können. Als charakteristisches Symptom betrachtet er, wenn bei klargespülter Blase plötzlich wieder eine Menge eitrigen Blaseninhaltes in Schüben entleert wird, oft erst nach Lagewechsel. Dieses Zeichen ist absolut charakteristisch für das Bestehen eines Divertikels. Bei der Zystoskopie gelingt es häufig, die Öffnung des Divertikels zu Gesicht zu bekommen. In manchen Fällen aber liegt das Divertikel hinter der Prostata oder noch näher am Blasenausgang, dann gelingt es nur von der Zystotomiewunde aus, das Divertikel zu sehen. Zur Operation schlägt Verf. vor, das Divertikel mit der Kugelzange zu fassen und in die Blase hineinzustülpen und dann abzutragen. Ist das Divertikel in der Nähe der Ureterenmündung, so sollen die Ureteren mittels Metallsonden bougiert werden, um so den Ureter deutlicher im Gewebe kenntlich zu machen und ein Mitfassen durch die Kugelzange und so ein Verletzen desselben zu vermeiden.

Der gegenwärtige Stand der örtlichen Betäubung bei Operationen an den Harnorganen, von Max Kappis-Kiel. S. 113. Bei Nierenoperationen soll man die Chloroformnarkose vermeiden, besonders wenn es sich um eine Nephrektomie handelt. Auch die Äthernarkose ist nach der Ansicht des Verf. noch nicht harmlos genug. Die Lumbalanästhesie reicht nicht hoch genug hinauf. Verf. empfiehlt eine örtliche Infiltration des Schnittgebietes, wozu 80—100 ccm ½ %ige Novokain-Suprareninlösung genügen, sowie eine Anfüllung des peritonealen, bzw. retrorenalen Raumes mit 50—75 ccm ½ %iger Novokain-Suprareninlösung. Die Gefahr der Intoxikation wird dadurch noch verringert, daß ein großer Teil der Anästhesie während der Operation wieder abläuft. Die Anfüllung des peritonealen Raumes ist bei einseitiger Nierenoperation in jedem Falle zu empfehlen. Zur Luxation der Niere genügt ein leichter Chloräthyl- oder Ätherrausch, ebenso, wenn man die andere Niere abtasten will. Bei Operationen am Harn-

Digitized by Google

leiter bedient man sich neben der Lokalanästhesie, bei der man die Infiltration nach unten möglichst weit hinunter verlängert, noch der Lumbalanästhesie. Örtliche Infiltration nach dem Hautschnitt und immer weiter, entsprechend dem Fortschreiten der Operation, leisten gute Dienste. Bei Operationen an Blase und Harnröhre leistet bei gutfunktionierenden Nieren die Lumbalanästhesie gute Dienste, bei suprabubischen Blasenoperationen wird sie mit der Infiltration des Schnittes verbunden. Zur Lumbalanästhesie verwandte Verf. allerdings nur 2—2¼ ccm einer 5%igen Novokain-Suprareninlösung. Bei angegriffener Nierenfunktion werden alle eingreifenden Operationen vermieden und nur die parasakrale Anästhesie ausgeführt. Perineale Harnröhrenoperationen werden in örtlicher Betäubung ausgeführt, geht man bis in die Blase hinein, so ergänzt man die Anästhesie noch durch die Lumbalanästhesie. Schmerzhafte Zystoskopien werden in Sakralanästhesie, die übrigen Eingriffe in Harnröhre und am Penis nach den von Braun angegebenen altbewährten Methoden ausgeführt.

Ein Beitrag zur Operation der skrotalen Hypospadie, von H. Flörcken-Frankfurt a. M. S. 119. Verf. beobachtete eine Hypospadia scrotalis bei einem 6jährigen Jungen. Zuerst wurde eine Dammfistel angelegt, dann, als die Dammfistel gut funktionierte, wurde ein dünner Katheter in die Urethraöffnung gebracht, aus der Skrotalhaut ein gegen die Urethraöffnung gestielter Lappen gebildet und dieser über dem Katheter als Schlauch vernäht. Die Unterseite des Penisschaftes wird jetzt unterminiert und der Hautschlauch bis zur Penisglans durchgezogen. An der Stelle des ehemaligen Orificium externum entsteht meist eine Falte, die aber durch Bougieren von der Dammwunde aus überwunden werden kann. Die Methode ist als sogenannte zweite Rochersche Methode in der Literatur bekannt, sie bietet, wenn die Helfrichsche Methode nicht anwendbar ist, sicherere Resultate als die freie Transplantation.

Zur Behandlung der durch anormale Nierengefäße verursachten Hydronephrose, von Gustaf-Ekehorn-Stockholm. S. 122. Verf. beobachtete eine durch anormale Nierengefäße bedingte Hydronephrose, die er, obgleich sie schon beträchtlich war, nur durch die Durchtrennung der Gefäße, die etwa ein Sechstel der Niere versorgten und sehr groß waren, heilte.

Zur Diagnostik und Therapie von Steinen im unteren Teil des Ureters, von M. Zondek-Berlin. S. 125. Zur Diagnostik der Uretersteine bedient sich Verf. der einfachen oder stereoskopischen Röntgenaufnahme, nachdem er einen Schatten gebenden Katheter eingeführt hat. Zur Operation tiefliegender Uretersteine schlug Albarran vor, endoskopisch das Ureterdach mittels Thermokauter zu spalten, um so den Ureter zu erweitern. Verf. befürchtete nun mit Recht, daß eine zu ausgedehnte Spaltung die ganze Blasenwand durchtrennen könne und so zu einer Urininfiltration führen müsse. Er hat deshalb von einem Doktoranden am Sektionsmaterial die Dicke und Länge des intramuralen Segmentes messen lassen, d. h. des Teiles von der Schleimhaut bis zur äußersten Muskelschicht der Blasenwand. Crether fand, unabhängig vom Alter, bei Frauen ein um 1 mm schmäleres Segment, als bei Männern, bei denen die Dicke 1,6—2,2 cm betrug. Verf. glaubt, daß die Dicke der Ureterwülste ein Fingerzeig sei, ob man ein breiteres oder schmäleres intramurales Segment vor sich habe.

Zur Klinik der intrarenalen Aneurysmen, von P. Janssen-Düsseldorf. S. 130. Verf. berichtete über zwei Fälle von geplatztem Aneurysma in der Nierensubstanz. Sie stellen nur kasuistische Mitteilungen der seltenen Nierenaneurysmen dar.

Zur Behandlung der gutartigen Blasentumoren, von Paul Wulff-Hamburg. S. 137. Verf. empfiehlt die endoskopische mehrzeitige Verschorfung mit dem Hochfrequenzapparat, wobei die Kupfersonde in den Tumor eingestochen wird. Während der ersten drei Wochen im allgemeinen stationäre Behandlung wegen der Gefahr der Nachblutung, später ambulante Behandlung. Bei Karzinomen kommt nur die operative Entfernung nach Sektio alta in Betracht. Verf. berichtet über 25 Fälle, von denen 22 geheilt wurden.

Zur Technik der Prostatektomie, von Paul Wulff-Hamburg. S. 140. Verf. führt die suprabubische Prostatektomie, nachdem er früher zweizeitig vorgegangen war, wieder in einer Sitzung aus, wobei er zur Ableitung vom Damm aus bis in die Prostatawunde eingeht, die er tamponiert. Bei Niereninsuffizienz wird vorher ein Dauerkatheter, bis zum Schwund der akuten Erscheinungen, eingeführt.

Fall von einseitiger Zystenniere, von Paul Wulff-Hamburg. S. 122. Verf. beschreibt einen Fall von einseitiger Zystenniere, den er unter der Diagnose einer vereiterten Hydronephrose operiert hatte. Daraus, daß die andere Niere normal ausschied, palpatorisch nicht vergrößert war, und keinerlei urämische Erscheinungen auftraten,

Digitized by Google

glaubt Verf. annehmen zu können, daß die andere Niere normal war, und es sich hier um eine der seltenen einseitigen Zystennieren handelt.

Fälle von Blasenlues, von Siegmund Faragó-Budapest. S. 144. Die Blasenlues wird bisher nur in den seltensten Fällen als solche diagnostiziert, und zwar meist nur nachträglich aus dem Erfolg der antiluetischen Kur. Verf. sah in zwei Fällen bei nicht behandelten Frauen mit positiver WR (++++) ein übereinstimmendes Bild: Blasenschleimhaut von normaler Farbe und Glanz. An zahlreichen Stellen des Trigonums kleine mohn- bis hirsegroße, teils graue, teils buttergelbe prominente Knötchen mit rotem Hof. Stellenweise auch über linsengroße, graue, glanzlose Plaques. An den Uretermündungen keine Veränderungen. Auf kombinierte Hg + Neosalvarsankur gingen alle Erscheinungen innerhalb 3 Wochen völlig zurück. Nur ein im zweiten Falle bestehender leukoplakischer Fleck blieb unverändert, auch nach mehrwöchiger Lapisbehandlung. Die subjektiven Beschwerden bestanden in beiden Fällen in häufigem $^1/_2$stündigem Urindrang, mit Schmerzen nach dem Urinieren.

Die latenten Nierenbeckenerweiterungen und ihre klinische Bedeutung, von Oscar Orth-Landau i. Pf. S. 150. Latente Nierenbeckenerweiterungen nennt Verf. solche, die durch Palpation usw. nicht zu diagnostizieren sind. Die Pat. klagen über Rückenschmerzen, die bei Frauen dann meist fälschlich auf Verlagerungen der Gebärmutter bezogen werden. Bei Zystoskopie läßt der dünne, nicht in Schüben, sondern ununterbrochen abfließende Urin eine Hydronephrose vermuten. Erst die Pyelographie gibt die Sicherheit der Diagnose. Therapeutisch versuchte Verf. eine häufigere Nierenbeckendrainage mit Spülungen, bei schwereren Fällen werden plastische Operationen oder Nephrektomie angewandt.

Technische Verbesserungen der Nachbehandlung nach Prostatektomie, von N. Kleiber-Berlin. S. 156. Verf. empfiehlt bei großem Prostatawundbett an den Katheter mittels Seidenfaden einen Tampon zu befestigen, den man dann fest in das Wundbett zieht und dieses so tamponiert.

Abkürzung der Behandlung nach Prostatektomie durch primären völligen Blasenschluß, von Friedrich Bonhoff-Hamburg. S. 161. Im Gegensatz zu seinem Vorgänger steht Verf. auf dem Standpunkt, daß der primäre Blasenschluß von allen Verff. zu sehr gemieden würde. Verf. tritt für möglichst frühzeitige Operation ein, weil dann der primäre völlige Blasenverschluß möglich sei. Heilung dann innerhalb zehn Tagen, stationäre Behandlung etwa drei Wochen.

Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie der Blasenfunktion, von Oswald Schwarz-Wien. (IX. Mitteilung. Zur Pathologie des Blasenhalses.) S. 167. Verf. glaubt, daß der spastische Verschluß, wie er bei Prostatahypertrophie mit kleiner Prostata vorkommt, durch einen Reiz auf die Muskulatur zustande kommt. Diese Sphinkterhypertonie bedingt, daß jeder, auch der schwächste Reiz genügt, einen spastischen Verschluß der Blase auszulösen. Der spastisch überempfindliche Muskelring ist bei eröffneter Blase zu tasten und zu fühlen. Rost gelang es, auf pharmakologischem Wege, durch Umspritzen des Sympathikus die durch die spastische Hypertonie entstandene Retention zum Verschwinden zu bringen, während die Anästhesierung des N. pudendus keinen Erfolg hatte, obgleich der Sphinkter erschlaffte. Weiterhin nimmt Verf. Stellung zu der in letzter Zeit aufgestellten Hypothese von der zystoskopisch festzustellenden Sphinkterinsuffizienz. Es gelang ihm nämlich nicht nur bei Blasenkranken, sondern bei geeigneter Technik stets, den Blasenausgang zu passieren, und den Colliculus und die Urethra prostatica zu Gesicht zu bekommen, so daß er die bisherige Ansicht, daß dieses Symptom zur Diagnose einer krankhaften Blasenschwäche berechtige, widerlegen muß, da es ihm bei genügendem Senken des Okulares mit abwärts gekehrtem Objektiv in jedem Falle gelang. Verf. betrachtet also die freie Kommunikation der hinteren Harnröhre mit der Blase als funktionelles Phänomen, das nicht dauernd, sondern erst während der Untersuchung entsteht. Als Zeichen des sonst festen Blasenschlusses ist der im Röntgenbild festzustellende scharfe Ansatz der Harnröhre an die Blase und die Tatsache anzusehen, daß das Sperma nach außen entleert wird.

Harnbefund und Nierenbefund bei Nierentuberkulose, von C. Steinthal-Stuttgart. S. 184. Es soll bei Ureterurin mit positivem Bazillenbefund stets die Nephrektomie ausgeführt werden, ganz gleich, welchen makroskopischen Befund die luxierte Niere bietet.

Die operative Behandlung der Inkontinenz der Harnblase, von P. Frangenheim-Köln. S. 120. Beim Weibe soll zuerst die direkte Muskelplastik (Stoeckel) versucht werden, die Levatorplastik (Franz) nur, wenn die vordere Levatorpartie in gutem Zu-

Digitized by Google

stande vorhanden ist. Beim Manne kommt bei traumatischen Sphinkterschädigungen oder Mißbildungen (Epi-Hypospadie) fast ausnahmslos die Ringbildung in Betracht. Die Wirkung der Plastik besteht in einer Hubwirkung, die wie ein Quetschhahn wirkt.

Beitrag zur Klinik und Operation der prostatischen Harnröhrensteine und ein Fall von Spontanperforation eines Riesenharnröhrensteines, von Ernst Wehner-Köln. S. 204. Verf. beobachtete einen 29jähr. Mann, der 1918 infolge eines Schrapnellschusses in der Kreuzbeingegend 8 Wochen lang eine vollständige Harn- und Stuhlhaltung hatte, so daß er täglich katheterisiert werden mußte. 1 Jahr nach der Verletzung wurde eine Zystitis mit 75—100 ccm Resturin bei einem Gesamtgehalt von 150 ccm festgestellt. Die Zystoskopie ergab ein kleines Konkrement, das entfernt wurde. Ein halbes Jahr später plötzlich wieder Blutharnen mit Eiterbeimischungen. Es findet sich ganz vorn am Blaseneingang ein festsitzender, pflaumengroßer Stein. Als charakteristisches Symptom der Harnröhrensteine wird besonders das dauernde Nässen angegeben, da der Sphinkter sich nicht mehr schließen kann. Echte Harnröhrensteine sind selten. Als Ursache kommt die Retention und Zystitis in Betracht. Einen zweiten Fall, bei dem die Ätiologie ganz unklar ist, beobachtete Verf. bei einem 51jähr. Italiener, der mit heftigen Schmerzen am Damm in die Klinik kam, und bei dem durch die Pars pendula im proximalen Drittel ein Harnröhrenstein spontan perforierte.

Zur Behandlung der Hydronephrome mit Solitärmetastasen, von F. Colmers-Koburg. S. 214. Verf. beobachtete einen Landsturmmann, der wegen Oberschenkelfraktur nach leichtem Trauma und schon früher im Felde wegen Blutharnen in Behandlung stand. Es stellte sich ein Grawitzscher Tumor mit Metastase im Oberschenkel heraus.

Zur Frage der Prostatektomie, von Gulecke-Jena. S. 219. In der Frage der einzeitigen oder zweizeitigen Prostatektomie folgt Verf. den bisher allgemein anerkannten Richtlinien, nur daß er keine Grenze für den zweiten Akt der Operation festsetzt, sondern sich von den Symptomen an Nieren und Blase leiten läßt. Bei der einzeitigen Operation tritt Verf. warm für die primäre Naht der Blasenwunde ein, weil dadurch die Blasenmuskeln auch am schnellsten für die Blasenfunktion nutzbar gemacht werden. Ein Dauerkatheter, durch den die Blase mit eisgekühltem Borwasser gespült wird, verhindert die Blutung aus dem Prostatabett.

Nierentuberkulose und Nephrektomie, von Hermann Nieden-Jena. S. 230. Verf. wendet sich gegen Wossidlo, der die konservative Behandlung der Nierentuberkulose auch bei einseitiger Erkrankung anempfahl. Die schwersten Fälle von Nierentuberkulose brauchen keine Blasenerscheinungen zu machen. Wenn nun Wossidlo aus der Besserung der Blasenerscheinungen eine Besserung der Nierentuberkulose erkennen will, so befindet er sich auf einem falschen Wege. Selbst die Funktionsprobe täuscht mitunter. Andererseits kommt es auch vor, daß nach einer Nephrektomie wegen Tuberkulose die andere Niere trotz günstiger kryoskopischer Resultate versagt und die Pat. an einer Urämie eingehen. Die Kryoskopie gibt nämlich keinen Aufschluß über die noch vorhandene Reservekraft des Nierengewebes der zweiten Niere.

Exakte Chromozystoskopie, von Pflaumer-Erlangen. S. 245. Verf. stellt fest, daß die exakte Chromozystoskopie die wichtigsten und sichersten Aufschlüsse über die Funktion der Nieren gibt. Die Punkte, die vor allem zu beachten sind, sind: Die Feststellung, auf welcher Seite der erste gefärbte Harnstrahl ausgestoßen wird, ob und wann die tiefblauen Harnstöße erfolgen. Diese feinen Unterschiede sind nur im verdunkelten Zimmer bei bester Optik möglich. Zeit des Höhepunktes und der Abnahme der Blaufärbung. Länge der Pausen zwischen den einzelnen Harnstößen beiderseits und der Umfang und die Kraft der einzelnen Stöße. Die Zeitpunkte werden am besten dem Assistenten angesagt, der auf der Stoppuhr die Zeit abliest.

Die chirurgischen Erkrankungen der Niere im Röntgenbild, von Eugen Joseph-Berlin. S. 251. Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Pyelographie uns in allen Fällen viel mehr sagt, als die Pneumoradiographie des Nierenbeckens, oder gar das Pneumoperitoneum.

Zur Klinik der Uretersteine, von H. v. Engelbrecht-Hamburg. S. 265. Die Prädilektionsstellen für Uretersteine sind die Stellen kurz vor der Einmündung in die Blase, der Nierenbeckenhals und am Übergang von der Wirbelsäule ins Kreuzbein. Die Uretersteine erscheinen, wenn sie viel Kalk enthalten, im Röntgenbild. Um festzustellen, ob ein Stein im Ureter liegt, führt man einen Wismutkatheter ein. Zur Darstellung der nicht kalkhaltigen Steine bedient man sich der Installation mit Arg. nitric. (Kümmell jun.). Zur ferneren Sicherung der Diagnose dient die Zystoskopie. Hier kann man ev. den Stein hinter dem vorgewölbten Ureterwulst erkennen, oder das Nichtausscheiden einer Seite

Digitized by Google

dient zur Sicherung der Diagnose. Kleine, bis kirschkerngroße Konkremente werden meist spontan entleert, man kann dieses beschleunigen, indem man mit dem Ureterenkatheter an sie herangeht und sie mit Glyzerin umspritzt. Nitze hat einen Okklusivkatheter angegeben, dessen Spitze ballonartig aufzublasen ist und der den Ureter dehnen soll; auch mit der Blumschen Schlinge, die sich um den Stein legen soll, ist versucht worden, den Stein zu entfernen. Sonst muß der Stein operativ retroperitoneal entfernt werden. Beschreibung der Operationstechnik.

Beiträge zur Klinik der Nierengeschwülste, von Karl Schnell-Frankfurt a. M. S. 283. Verf. betont, daß Geschwülste jahrzehntelang auch ohne irgend welche Erscheinungen bestehen können, so daß die Anamnese meist keinen Aufschluß gibt. Erst die Trias: Tumor, Hämaturie und Schmerzen führen zu der Erkennung der Krankheit. Die Blutung ist charakteristisch für ein Hypernephrom, ohne daß weitere Symptome festzustellen sind. Schmerzen treten nur dann auf, wenn das Blut frühzeitig gerinnt und die Gerinnsel den Ureter verstopfen. Stellt sich im Anschluß an eine Palpation eine Blutung ein, so spricht dies sehr für Tumor. Differentialdiagnostisch ist die Steinblutung, selbst im Anschluß an Anstrengungen nicht so profus, bei Tuberkulose kommen zwar ebenfalls profuse Blutungen vor, aber hier findet man stets eine Entzündung der Blase.

Zur Frage der „üblen Zwischenfälle" bei der Pyelographie, von H. Brütt-Hamburg. S. 295. Die unschädliche Methode besteht darin, daß man die Kontrastflüssigkeit mittels dünnen Irrigators aus 40—50 cm Höhe einlaufen läßt, anstatt mittels Spritze zu injizieren, ferner soll man einen dünnen Katheter nehmen, dadurch fließt die überschüssige Flüssigkeitsmenge ungestört neben dem Katheter ab, wodurch man auch während der Aufnahme die Irrigation andauern lassen kann. Nach Beendigung der Untersuchung wird die ganze Flüssigkeitsmenge wieder abgelassen.

Beitrag zu den Kriegsschußverletzungen der Harnblase, von Jonathan P. Haberern-Wien. S. 315. Verf. beobachtete ein Infanteriegeschoß in der Harnblase, das erst 4 Monate nach der Verwundung durch suprapubischen Blasenschnitt entfernt wurde, nicht inkrustiert war und keine Zystitis ausgelöst hatte, sondern glänzend, wie „abgeschliffen" sich in der Blase frei liegend fand.

Über Hydronephrose des dreiästigen Nierenbeckens und über Anlage und Form des Nierenbeckens, von W. v. Gaza-Göttingen. S. 318. Entsprechend der Anlage variiert das Nierenbecken bei den einzelnen Menschen so, daß nicht zwei dasselbe Nierenbecken haben. Verf. unterscheidet 7 verschiedene Typen von Nierenbecken, für die Verf. durch Abbildungen ergänzte Erklärungen angibt. Verf. beschreibt eine selbst beobachtete Hydronephrose mit dreiteiligem Nierenbecken.

Gefäßkomplikationen und ihre Beherrschung bei dem Hydronephrom, von Ed. Rehn-Freiburg i. Br. S. 326. Verf. gibt an, wie er bei Verdacht auf Nierentumor die Diagnose zu sichern versucht. Er schiebt nämlich den Ureterenkatheter, nachdem er zuerst eine normale Ausscheidung beobachtet hatte, weiter nach oben bis in das Nierenbecken hinein. Besteht ein Nierentumor, so wird meistens eine hochgradige Blutung einsetzen, die erfahrungsgemäß spätestens nach Entfernung der Ureterenkatheter wieder zum Stillstand kommt und trotz ihrer Ungefährlichkeit ein wichtiges Hilfsmittel zur Diagnosenstellung der Nierentumoren darstellt.

Beitrag zur Kasuistik der renalen Massenblutungen, von Hans Rubritius-Wien. S. 333. Die Nierenblutungen ohne anatomischen Befund, Tumor, Tuberkulose oder Stein, werden heute als Zeichen einer chronischen herdförmigen oder diffusen Glomerulonephritis angesehen. Hier ist die Operation der Wahl die beiderseitige Dekapsulation. Verf. rät aber, zur Sicherung der Diagnose stets ein Stückchen der Niere zur mikroskopischen Untersuchung herauszunehmen.

Bemerkungen über das Verhältnis des anatomischen zum pyelographischen Befunde bei den chirurgischen Nierenerkrankungen, von Max Grauhan-Kiel. S. 343. Der pyelographische Befund im Röntgenbild entspricht meist dem bei der späteren Operation oder Sektion gefundenen anatomischem Befunde. Zu große Mengen von Kontrastflüssigkeit können hier und da durch Eindringen in das Parenchym das Bild etwas undeutlich machen, aber die Gestalt des Nierenbeckens niemals ändern, da die Dehnung nur sehr geringfügig ist.

Zur Nachbehandlung der suprapubischen Prostatektomie, von R. Rodelius-Hamburg. S. 353. Verf. gibt eine Berieselungsmethode der Blase für die zweizeitige Prostatektomie an. Die dauernde Berieselung heilt sehr schnell die Zystitis aus und regt

Digitized by Google

die Schleimhaut der Blase hochgradig an. So wird die Zeit zwischen dem ersten und zweiten Akt der zweizeitigen Prostatektomie sehr abgekürzt.

Über Ursache und Verhütung der Nachblutungen nach Nephrotomie, von Ed. Rehn und P. Röttger-Freiburg i. Br. S. 359. 1. Richtige Schnittführung, genaue Adaptation und sorgfältige Naht; 2. Maßnahmen gegen die Urinstauung, am besten durch Einlegen eines Ureterkatheters durch das Nierenbecken in die Blase und 3. Fixierung der Niere in physiologischer Lage sind die Forderungen, die erhoben werden müssen, um die gefürchteten Nachblutungen nach Nephrotomie zu vermeiden.

Zur Zystenniere, von Erich Wossidlo-Berlin. S. 384. Verf. berichtet über 3 von ihm beobachtete Fälle von Exstirpation einer Zystenniere. Die bleibende Niere hat in allen 3 Fällen die Arbeit voll ausführen können. Da man niemals mit Sicherheit feststellen kann, ob die zurückbleibende Niere die Arbeit leisten kann, billigt Verf. nur bei lebensgefährlicher Blutung die Nephrektomie einer kranken Zystenniere.

Über Pseudotumoren der Ureterpapille, von Friedrich Necker und Rudolf Paschkis-Wien. S. 394. Verff. sahen in der Blase einen kleinen, anscheinend soliden Tumor, der die Uretermündung verdeckte. Nach der Sectio alta sah man, daß es sich um einen kirschkerngroßen, in die Papille eingeklemmten Ureterstein handelte.

Zur Technik der Nierenspülung, von K. Schramm-Dortmund. S. 402. Verf. stellt zur sachgemäßen Durchführung 4 Kardinalforderungen auf: 1. muß das Nierenbecken auch mit seinen Anhängen der therapeutischen Einwirkung des Desinfiziens zugänglich gemacht werden (Beckenhochlagerung), 2. muß das richtige Desinfiziens gewählt werden ($^1/_2$—5%ige Kollargollösung), 3. müssen Schädigungen der Niere vermieden werden (ein Druck von 30 cm Wasser genügt. Verwerfung der Druckspritze), 4. muß der Eingriff schmerzlos sein, weil er wiederholt werden muß. Beim geringsten Schmerz, der den Druck auf das Nierengewebe anzeigen kann, soll deshalb aufgehört und die Spülung später wiederholt werden.

Zur Therapie der überdehnten Harnblase, von Max Waldschmidt-Wildungen. S. 416. Verf. empfiehlt bei überdehnter Blase der Prostatiker nicht durch Katheterismus den Urin abzulassen, da er dabei, auch bei langsamem Ablassen, in mehreren Sitzungen, schnelles Dahinsiechen gesehen hat, sondern in diesen Fällen mittels der suprapubischen Zystostomie die Blase zu entleeren, da sich dann bei verändertem Blasendruck die Leute schnell so gut erholen, daß die Prostatektomie nach geraumer Zeit noch angeschlossen und die Patt. völlig geheilt werden können.

Die Gefahren der Pyelographie (klinische und experimentelle Untersuchungen zu ihrer Verhütung), von Lehmann-Rostock. S. 420. Der Wert der Pyelographie ist heutzutage unumstritten. Die Gefahren sind jetzt, wenn man mit Indigokarmin gefärbtes Bromnatrium verwendet und nur mittels Burette bei etwa 50 cm Höhe über dem Untersuchungstisch einlaufen läßt, ganz verschwindende. Als Gegenindikation gegen die Pyelographie gelten nur frische Blutungen, hohes Alter mit Niereninsuffizienz und akute Infektion der ableitenden Harnwege.

Zur Frage der sogenannten kongenitalen Blasendivertikel, von O. Kneise und R. Schulze-Halle a. S. S. 461. Angeborene Divertikel dürfen nicht einfach als Hemmungsmißbildung aufgefaßt werden. Eine angeborene Anlage zur Divertikelbildung wäre eher verständlich. Da bei einer großen Anzahl von radikal Operierten die Miktion gestört ist, rät Verf. bei Leuten mit hochgradiger Prostatahypertrophie zuerst die Prostata zu extirpieren. In vielen Fällen werden dadurch schon die Beschwerden beseitigt. Verf. versucht also bei der zur Zeit noch nicht völlig geklärten Lage zuerst das Harnabflußhindernis zu beseitigen. Gehen darauf die Beschwerden nicht zurück, handelt es sich um ein wirklich angeborenes Divertikel, so muß dieses operiert werden.

Weitere Beiträge zur Kenntnis der Zottengeschwülste des Nierenbeckens und des Ureters, von H. Brütt-Hamburg. S. 500. Verf. beschreibt den Befund bei zwei Fällen von primärer Zottengeschwulst des Nierenbeckens. Die Papillome sind in ihrer großen Mehrzahl nur bedingt bösartig oder gutartig. Die Therapie besteht in einer Nephrektomie mit weiter Mitnahme des Ureters.

Die Pneumoradiographie der Blase, von Paul Rosenstein-Berlin. S. 511. Verf. pumpt Sauerstoff hinter der Symphyse in das Cavum Retzii und von da in das prävesikuläre Gewebe ein. Die Nadel muß die Faszie in einer Tiefe von 3—4 cm durchstoßen. Jetzt zieht man den Troikar heraus und beobachtet, ob Blut oder Urin abfließt. Ist dieses nicht der Fall, so wird mittels des Brauerschen Pneumothoraxapparates das Cavum Retzii voll Sauerstoff gepumpt. (400—800 ccm.) Bei guter Darmentleerung als Vorbereitung wird dann die Röntgenaufnahme einen guten Aufschluß über die Ver-

Digitized by Google

hältnisse der Blasenwand geben. Drei in ihren Einzelheiten aufgeführte Fälle zeigen deutlich die Ergänzung der Zystoskopie durch die Pneumoradiographie der Blase, die ja nur den horizontalen Blasenquerschnitt erkennen läßt. Auch zur Darstellung der Prostatahypertrophie eignet sich die Methode, die völlig ungefährlich ist.

Beitrag zur Kasuistik des primären Ureterkarzinoms, von F. Suter-Basel. S. 522. Verf. beobachtete 2 Fälle von Ureterkarzinom, die selbst ohne Beschwerden, durch die durch sie bedingte Hydronephrose Schmerzen auslösten, die dann zur Hämaturie führten.

Zur Diagnostik kleiner Konkremente im Nierenbecken und Harnleiter, von Victor Blum-Wien. S. 528. Heute werden nur noch höchstens 2—5% aller Steine der Harnwege im Röntgenbild nicht richtig diagnostiziert. Verf. weist nun auf Feinheiten hin, bei deren Berücksichtigung die Zahl der Diagnosenfehler noch mehr eingeengt wird. Verf. empfiehlt die von Rosenstein empfohlene Pneumoradiographie, bei der die Niere so deutlich dargestellt wird, daß selbst die feinsten Harnsäuresteinschatten zu sehen sind. Der Vorteil der von Kretschmer-Chicago angegebenen Methode, nach der ersten Röntgenaufnahme den Pat. und Platte ruhig liegen zu lassen und die Röntgenröhre um einige Zentimeter zu verschieben und jetzt eine neue Aufnahme zu machen, besteht in der großen Ersparnis, da man auf einer Platte die Lage des Schattens zum Ureter feststellen kann. Albert Rosenburg-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Die Lichtbehandlung des Haarausfalles, von Franz Nagelschmidt-Berlin. (III. Auflage, mit 87 Abbildungen. Julius Springer, Berlin 1922.) Nach einer kurzen Einleitung über Anatomie und Biologie des Haares streift der Verf. die Pathologie der verschiedenen Arten der Alopezien. Das Hauptgewicht legt er auf die Quarzlichtbestrahlung der Alopecia areata, die er an Hand von vielen kurzen Krankengeschichten mit Hilfe von zahlreichen Abbildungen zur Darstellung bringt. Kurz sind die Epikrise, Darstellung der Apparatur und Technik der Bestrahlung zusammengefaßt. Trotz der großen, unleugbaren Vorzüge der Behandlung mit ultraviolettem Licht wirkt die Ablehnung jeder medikamentösen Therapie, deren Nutzlosigkeit durch Zitierung einiger Handbücher als bewiesen erachtet wird, einseitig. Die Stellungnahme des Autors erklärt sich aus der Verständnislosigkeit, mit der die meisten Ärzte der Einführung dieser ebenso einfachen, angenehmen wie wirksamen Behandlungsart gegenüberstehen.

G. W. Unna-Hamburg.

Grundlagen der Dosimetrie der Röntgenstrahlen, von Hans Th. Schreus. (In Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität einschließlich der Röntgenlehre, von Boruttau-Mann. III. Band, II. Teil, II. Lieferung. Klinkhardt, Leipzig 1922.) Der Wunsch, die schwierigen Grundlagen der Dosimetrie so darzustellen, daß der Arzt die Möglichkeit gewinnt, andere ihm schwer oder gar unverständliche Werke und Aufsätze über Dosimetrie zu verstehen, war der Leitgedanke der Schreusschen Monographie. Das Ziel hat der Verf. in dem Maße erreicht, daß er dem Praktiker die Lektüre größerer und speziellerer Arbeiten erübrigt, ihm andererseits wohl auch das Studium so vieler sonst schwer verständlicher, rein mathematisch gehaltener Arbeiten ermöglicht. Die Vorzüge des Werkes sind Kürze und Klarheit. Wo mathematische Formelableitung dienlich, jedoch zur Verständlichkeit nicht unbedingt nötig sind, sind diese in Fußnoten gebracht. Mit Vorliebe bedient sich der Verf. der graphischen Veranschaulichung der Formeln. Die Grenze der heute üblichen quali- und quantimetrischen Meßverfahren sind scharf gezeichnet, die ihnen anhaftenden Fehler kurz präzisiert. Das Werk ist für jeden Röntgentherapeuten empfehlenswert, sei er Oberflächentherapeut oder Tiefentherapeut. Außer im Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität ist die Arbeit als Sonderlieferung erschienen.

G. W. Unna-Hamburg.

Lehrbuch der Röntgenkunde, von Rieder und Rosenthal-München. (III. Band: Röntgentherapie. 57 Bilder im Text und 2 Tafeln. Ambrosius Barth, Leipzig 1922.) Mit dem vorliegenden 3. Therapieteil erscheint der letzte Band des Rieder-Rosenthalschen Lehrbuches. Es enthält eine kurze physikalisch-technische Einleitung von Rosenthal, sehr ausführlich ist die biologische Wirkung nach Bela Alexander von Gerhard Hammer neu bearbeitet worden. Es folgt eine kurze Abhandlung über Desensibilisierung

Digitized by Google

und Sensibilisierung von S. Schwarz-Wien, und über Dosimetrie von Kienböck. Die dermatologische Röntgentherapie ist auf 36 Seiten von R. Rieder und G. Hammer abgehandelt, die der inneren Medizin ausführlicher von Rieder. Es folgt die Röntgentherapie der Nerven von Fürnrohr-Nürnberg (17 Seiten), der Knochen und Gelenke von Kästle, München (26 Seiten). Die gynäkologische Therapie wurde von Seitz und Wintz (47 Seiten), die ophthalmologische von F. Salzer-München bearbeitet. Das Werk schließt mit einer kurzen Abhandlung von P. Krause-Bonn über die forensische Bedeutung der Röntgenstrahlen. Mit vielen anderen Sammelwerken teilt auch dieses den Nachteil der mangelnden Einheitlichkeit, teils durch Meinungsabweichungen der verschiedenen Autoren, teils durch die Wiederholungen, die unausbleiblich sind; demgegenüber steht der Vorteil, daß jede Spezialität ihren Fachvertreter hört. Empfehlenswert ist das Buch für Studierende und Praktiker, die sich über Röntgentherapie der einzelnen Disziplinen im allgemeinen zu orientieren wünschen, für den dermatologischen Röntgentherapeuten ist es zu kursorisch. G. W. Unna-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Zur Frage der künstlichen Befruchtung, von Erwin Baumann-Wattwil. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 15.) Warnung vor dem Nassauerschen Fructulet, das, abgesehen von seiner Wirkungslosigkeit, zu äußerst schweren Entzündungen, unter Umständen Nekrosen, Stenosen, führt und nur ausnahmsweise, wenn alle anderen Mittel versagen, gegen spastische Zustände bei Virgines versucht werden sollte.
E. Levin-Berlin.

Ejaculatio deficiens inter congressum (Funktioneller Aspermatismus), von Förbringer-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 18, S. 577—579.) Übersicht über die bisherige Literatur und die bisher veröffentlichten Fälle und Mitteilung von 18 Fällen eigener Beobachtung. Ausreichende Erektionen und Geschlechtstrieb waren meist vorhanden. Nachts traten Pollutionen ein oder Ejakulationen nach voraufgegangener Masturbation. In den meisten Fällen waren die Genitalien intakt. Der Grund der mangelnden Ejaculation inter congressum liegt in der Unerregbarkeit des Ejakulationszentrums. Für die Therapie werden roborierende Maßnahmen, antineurasthenische Kuren, Aphrodisiaka und Psychotherapie empfohlen. F. Harry-Berlin.

Über medikamentöse Behandlung der Ejaculatio praecox, von A. Kronfeld-Berlin. (Allg. m. Zentralztg., 1922, Nr. 17.) Die Behandlung ist schwierig, da es sich in der Regel um ein lokales Anzeichen einer allgemeinen nervösen und insbesondere reflektorischen Übererregbarkeit bzw. um den direkten Ausdruck einer sexuellen Hyperästhesie handelt. Es wird zunächst versucht, diese zu bekämpfen. Gute Erfolge wurden erzielt mit innerlicher Darreichung von Adamon, verbunden mit Einspritzungen von Epiglandol, besonders aber mit Brom-Calciril (5 Wochen lang erst 4, dann 3, dann 2 Tabletten), bei dem die Kalziumkomponente eine längere Retention infolge verlangsamter Resorption für die Bromkomponente bewirkt. E. Levin-Berlin.

Die Erotik in den epischen Gedichten der Griechen mit besonderer Berücksichtigung des Homoerotischen, von Hans Licht. (Zschr. f. Sexualw., 1922, Bd. 9, H. 3.) In Ergänzung früherer Veröffentlichungen werden hier nur Epiker besprochen, von denen meist kleinere Fragmente erhalten sind. Es ergibt sich, daß Eros am Anfange der hellenischen Kultur steht. Der mythischen Vorzeit gehört Orpheus an, der, nachdem er ohne seine Gattin aus der Unterwelt zurückgekehrt ist, sich, „weil er ihr nicht die Treue brechen wollte", mit Knabenliebe entschädigte, die er auch die Thraker lehrte. Von den entrüsteten Frauen wurde er deshalb getötet und zerstückelt, sein ins Meer geworfenes Haupt wurde dann an der Insel Lesbos angespült, wo später Sappho, die glühendste Vertreterin gleichgeschlechtlicher Liebe erstand. Als erster, der Knaben liebte, galt den Griechen Laios, der Vater des Ödipus, der einen Sohn des Pelops mit Gewalt entführte. Bekannt ist ferner der Liebesbund zwischen Achill und Antilochos (nach dem Tode des Patroklos). Hesiod in der Theogonie rühmt die Schönheit von Eros und Himeros (Cupido), das Weib (Pandora) wird als verderbliches Unheil betrachtet. In Herodots „Schild des Herakles" läßt der zärtliche Ton in dessen Reden mit Iolaos auf das erotische Verhältnis schließen. Er selbst liebte einen Jüngling Ba-

Digitized by Google

trachos. In seinen Fragmenten findet sich über Teiresias die Sage, daß er in ein Weib verwandelt mit Männern, dann wieder zum Manne zurückverwandelt mit Weibern verkehrte, so daß er den Genuß beider Geschlechter beim Verkehr beurteilen konnte; er schätzte den des Mannes auf $^1/_{10}$, des Weibes auf $^9/_{10}$. Viele weitere Beispiele der gleichgeschlechtlichen Liebe finden sich bei anderen Dichtern, aus denen allen hervorgeht, daß darin nichts irgendwie Schimpfliches gefunden wurde. E. Levin-Berlin.

Sexueller Instinkt und Erotomanie (Instinct sexuel et érotomanie), von Laignel-Lavastine. (Progr. méd., 1922, Nr. 2.) Der sexuelle Instinkt, obgleich sehr mächtig, kommt doch in der pathologischen Psychologie erst in zweiter Linie nach dem Erhaltungsinstinkte. Die Erotomanie ist trotz ihrer Färbung kein direkt vom sexuellen Instinkte abhängiges Syndrom, sondern abhängig vom Erhaltungsinstinkte. Sie ist eine auf Hochmut basierende Psychose mit sexueller Note: Manifestation des sexuellen Hochmuts. E. Levin-Berlin.

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Prostitution.

Zur sexuellen Sozialhygiene, von Julie Bender-Frankfurt a. M. (Zschr. f. Sexualw., 1922, Bd. 9, H. 3.) Verf. knüpft an die Erklärung der Landesversicherungsanstalt an, daß sie bei einer völligen Aufhebung der Reglementierung keine weitere Beihilfe zu der Behandlung Geschlechtskranker leisten würde und sucht nachzuweisen, daß sich auch mit dem neuen Gesetze unter gewissen Modifikationen ein allgemein befriedigender Zustand würde schaffen lassen. Als Grundlage wäre ein von der Kriminalpolizei losgelöstes selbständiges Pflegamt zu schaffen, dem sich sicher ein großer Teil der heimlichen Prostituierten freiwillig unterordnen würde; jedoch wäre ein gleicher Optimismus bezüglich der eigentlichen Prostituierten nicht am Platze. Diesen gegenüber mußte man jedenfalls zu Verschärfungen greifen, wobei die Mitarbeit der Polizei nicht auszuschließen wäre. Entsprechend den Einrichtungen in Frankfurt a. M. könnten die zuverlässigen Mädchen (Klasse I) dem Pflegamt überwiesen werden. Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke sollten zu Beratungsstellen für sexuelle Fragen erweitert werden. E. Levin-Berlin.

Geschlechtskrankheiten und sexuelle Aufklärung (Venereal Disease and Sex Education). (Brit. m. J., 27. Mai 1922, S. 842—844.) Es handelt sich um einen Bericht eines schwedischen Regierungskomitees. Die Arbeit zerfällt in mehrere Teile (Erziehung des Kindes, persönliche Prophylaxe, ihr Wert, die Frage der mechanischen oder chemischen Prophylaxe und die Beziehungen der Schutzmittel zur Geburtenziffer) und bietet dem deutschen Leser nichts wesentlich Neues. E. Sklarz-Berlin.

Über die Vorbeugung der Geschlechtskrankheit (The Prophylaxis of Venereal Disease), von George Walker-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 20, S. 1510—1515.) Maßnahmen und Erfahrungen, die mit den üblichen prophylaktischen Mitteln bei der amerikanischen Flotte, dem Heimatsheer, den Expeditionstruppen, die am Weltkriege teilnahmen, sowie auch im zivilen Leben gemacht wurden. Die Gründe für die Versager sind hauptsächlich der zu späte Gebrauch (meist 3 Stunden und mehr nach dem Geschlechtsverkehr), Mangel an Sorgfalt im Gebrauch, Trunkenheit. Dem Einwand, daß Abgabe der Packung speziell an jeden Urlauber gewissermaßen auf diesen einen Anreiz zum Geschlechtsverkehr ausübe, mißt Verf. keine Bedeutung bei, sondern ist eher gegenteiliger Ansicht. An zwei Tabellen werden dann die Ergebnisse der Prophylaxe gezeigt. Es ergibt sich, daß unter 242000 prophylaktischen Behandlungen bei den amerikanischen Truppen in Frankreich nur 1,3% Versager waren. Dagegen schnitten die schwarzen Truppen ganz besonders schlecht ab, da die farbigen Soldaten nicht dazu zu bringen waren, freiwillig die Schutzmittel zu gebrauchen. Im übrigen ähnlich günstige Zahlen wie oben ergaben die Feststellungen von Rigg, Henry, Bachmann u. a. in den Vereinigten Staaten. Erfolg ist von der Prophylaxe in nahezu 100% zu erwarten, wenn die Schutzmittel innerhalb der ersten Stunde nach dem Geschlechtsverkehr gebraucht werden. F. Quasig-Hamburg.

Die Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Bernhard Nadel. (Diss., Leipzig 1920. Klinik Rille.) Vermeidung der Geschlechtskrankheiten durch sexuelle Abstinenz. Bekämpfung durch Aufklärung, durch Maßnahmen der persönlichen Verhütung der Ansteckung und durch ärztliche Behandlung. Gesetzliche Maßnahmen von seiten des Staates. F. Weiler-Leipzig.

Persönliche Prophylaxe beider Geschlechter als Hilfsmittel zur Sanierung der Prostitution, von J. Schereschewsky und W. Worms-Berlin. (D. m. W., 1922,

Digitized by Google

Nr. 16, S. 526.) Erwiderung auf den unter demselben Titel in Nr. 10 von R. Habermann veröffentlichten Aufsatz. Statt der Wattestäbchenauswischung mit 5% Sagrotanlösung empfehlen Verff. zur Prophylaxe der Blennorrhoe eine $2^1/_2$%ige Cholevalemulsion. Die von Habermann gemachten Einwände gegen die Methoden der Prüfung eines Syphilisschutzmittels werden einzeln widerlegt. Ein Schutzmittel darf nur dann der Praxis übergeben werden, wenn ihm eine große Prüfungsserie, die am besten an der Affenstirn durchgeführt wird, zugrunde gelegen hat, und wenn es außerdem einen erheblichen Überschuß an Aktivität besitzt, um unter den verschiedensten Bedingungen noch abtötend zu wirken. F. Harry-Berlin.

Die Bekämpfung der Prostitution, von Rost-Freiburg i. B. (Sozialhygien. Mittlgn., 1920, H. 3.) Ein kurzer, klarer Vortrag macht mit den Begriffen der Prostitution, ihren Ursachen und dem heutigen Stand ihrer Bekämpfung bekannt. Bei den psychologischen Ursachen sind besonders die polygame Veranlagung des Mannes und die sexuelle Indifferenz der Frau hervorgehoben. Die Sanierung der Prostitutionsverhältnisse denkt Verf. sich von neoreglementaristischen Grundsätzen ausgehend.
E. Dethleffsen-Heidelberg.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Tierhaut und Menschenhaut, von Meirowsky-Köln a. Rh. (Kl. W., 1922, Nr. 20. S. 1005.) Verf. weist auf die zahlreichen Analoga zwischen Tier- und Menschenhaut hin. Die „Abhängigkeit der Muttermal-Systematisation von der Tierzeichnung bildet eine neue Bestätigung der Deszendenzlehre". Die zahlreichen Beispiele beweisen, wie eng der Zusammenhang aller Lebewesen untereinander und „die Einheit des ganzen Naturgeschehens" ist. E. Langer-Berlin.

Der Einfluß der Gefäßnerven auf die Permeabilität der Gefäße, insbesondere derjenigen der vorderen Kammer des Auges, von Leon Asher-Bern. (Kl. W., 1922, Nr. 31, S. 1559.) Durch drei verschiedene Methoden wurde der Einfluß des Sympathikus auf die Permeabilität der Gefäße nachgewiesen. Ein Fehlen der sympathischen Innervation vermindert die Permeabilität der Gefäße. E. Langer-Berlin.

Über die Durchlässigkeit der Haargefäßwand beim Menschen, von Max Gänsslen, mit Vorwort von Ottfried Müller-Tübingen. (M. m. W., 1922, Nr. 8, S. 263.) Mittels künstlich gesetzter Hautblasen studierten die Verff. den Übergang von endovenös eingeführtem Traubenzucker ins Gewebe; sie stellten ferner fest, daß der Blaseninhalt bei normalen Menschen an verschiedenen Stellen und zwischen den normalen Menschen etwa gleichviel Eiweiß enthielt, und der Reststickstoff der gleiche ist. Bei kapillarschwachen Leuten scheinen Abweichungen vorzukommen. Unabhängig von Gänsslen und Müller haben Thomas und Arnold die Blasenmethode ebenfalls angewandt. A. v. Notthafft-München.

Weitere Mitteilungen über die Gewebskulturen, von Busse-Zürich. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 28.) Bei gut gelungenen Kulturen von Gewebsstücken (z. B. Herzklappe oder Aorta von Kaninchen) wächst aus dem Gewebsstück ein dichtes Geflecht anastomosierender Spindel- und Sternzellen heraus. Erfolgt eine Störung (meist infolge einer Verunreinigung der Kultur durch Bakterien), so erscheinen von vornherein nur Rundzellen oder mischen sich solche später den anastomosierenden Zellen bei; es handelt sich also um ähnliche Veränderungen wie bei der Entzündung eines schnell wachsenden kindlichen Gewebes. Daß es sich hierbei nicht um zufällig im Gewebe wandernde, eigentlich dem Blute entstammende Zellen handelt, geht daraus hervor, daß die Zellen oft erst in älteren Kulturen auftreten, die schon tagelang lediglich Spindel- und Sternzellen enthalten haben, und auch in den nach Entfernung der Gewebsstücke übrigbleibenden reinen Zellkulturen sichtbar werden. Es handelt sich also um Abkömmlinge der Gewebszellen. Sie entsprechen dem Kerne nach den Lymphozyten, zum Teil auch Leukozyten (Granulationen, neutrophile Elemente). Der Einwand, daß es sich trotz des morphologischen Verhaltens nicht um richtige Leukozyten handle, weil sie die Oxydasereaktion nicht geben, ist hinfällig geworden, seitdem es gelungen ist, diese nach Hinzufügen der erforderlichen chemischen Bausteine zu dem Nährsubstrat (Peroxydase) hervorzurufen. Die Gewebe und Zellen lassen sich auch in artfremdem Protoplasma züchten. Die Vitalfärbung gelingt bei den Gewebskulturen sehr gut, ebenso die Weiterzüchtung der gefärbten Zellen. Schließlich wurde eine rhythmische Bewegung in der Kultur der Herzklappe eines drei Monate alten Kaninchens vier Wochen lang beobachtet; die Entscheidung, ob etwa Ganglienzellen darin enthalten wären, gelang nicht. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Über einen Fall von sezernierenden Achselhöhlenmilchdrüsen. Beitrag zur Kasuistik der akzessorischen Milchdrüsen, von Eugen Guttmann-Charlottenburg. (Kl. W., 1922, Nr. 31, S. 1561.) Bericht eines Falles. Nichts Neues.

E. Langer-Berlin.

Über die morphologische Bedeutung der blauen Geburtsflecke (Mongolenflecke), von Max Zarfl, N.-ö. Landes-Zentralkinderheim in Wien. (Zschr. f. Kindhlk., 1921, Bd. 31, H. 1/2.) Verf. sah innerhalb von 9 Jahren bei 19 Kindern seiner Anstalt Mongolenflecke, darunter einmal einen Fall, der, ausschließlich auf die behaarte Kopfhaut beschränkt, dort größtenteils symmetrisch angeordnete Pigmentierungen zeigte. Zur Erklärung werden die Untersuchungen Toldts über symmetrische Pigmentflecken mancher Affenarten herangezogen. Verf. hält daher das Vorkommen derartiger Pigmentierungen in der menschlichen Ahnenreihe für gegeben und die blauen Geburtsflecke für atavistische Merkmale einer spezifischen Koriumzeichnung unserer Vorfahren. Daher das gelegentliche Vorkommen von Mongolenflecken bei allen Menschenrassen trotz Bevorzugung einzelner Rassen im Gegensatz zu den meisten übrigen, bei denen die ursprüngliche Hautzeichnung sich schlechter erhalten hat. Das jeweilige Auftreten der Geburtsflecke bei letzteren führt Verf. auf Einflüsse von Mischungen dieser („europäischen") Rassen mit dunkeln Rassen zurück. Das relativ häufige Vorkommen dieser Geburtsflecke bei Kindern seiner Anstalt sieht Verf. durch Einflüsse solcher Rassenmischungen erklärt.

F. Jacobsohn-Berlin.

Mikroskopische Technik.

Ein neues Durchtränkungsmittel für histologische und anatomische Objekte, von Fritz Drahn-Berlin. (B. tierärztl. W., 1922, Nr. 9.) Auf Grund ausgedehnter Versuche empfiehlt Verf. für die histologische Technik das teure Xylol durch Tetralin zu ersetzen, das billiger ist und wegen seines hohen Siedepunktes viel weniger verdunstet und sich so länger als Xylol auch in den Küvetten hält. Zur Durchsichtigmachung anatomischer Präparate rät Verf. ein Gemisch von Naphtalin und Tetralin zu nehmen, wobei genau nach der von ihm angegebenen Vorschrift zu verfahren ist. E. Langer-Berlin.

Zur Verstärkung von Gewebsfärbungen mit Anilinfarben durch Zusatzmittel, von Karl Post-Halle. (M. m. W., 1922, Nr. 14, S. 509.) Ausdehnung der bezüglich Säuren, Alkalien und Anilin bekannten und praktisch in der mikroskopischen Färbetechnik verwendeten verstärkenden Eigenschaften dieser Stoffe auch auf andere Verbindungen. Im Original nachzulesen. A. v. Notthafft-München.

Über eine neue Spirochätendarstellung im Gefrierschnitt, von G. Steiner, Psych. Klinik, Heidelberg. (M. m. W., 1922, Nr. 4, S. 121.) 1. Einlegen für 1—2 Minuten in 10%igen Alkohol, 96%ige Mastixlösung. 2. Kurz destilliertes Wasser einmal gewechselt. 3. Einlegen 24 Stunden bei 37° in 0,1%ige $AgNO_3$-Lösung. 4. Kurzes Auswaschen in heißem destilliertem Wasser. 5. Einlegen für 10 Minuten in eine milchige Mastixlösung (1 ccm Stammlösung + 10 ccm 96%igen Alkohol + 20—30 ccm destill. Wasser. 6. Kurzes Abspülen in destill. Wasser. 7. Einlegen für 4—6 Stunden in eine frisch bereitete 5%ige Hydrochinonlösung. 8. Gründliches Auswaschen in mehrfach gewechseltem destill. Wasser. 9. Alkoholreihe, Karbolxylol, Xylol-Kanadabalsam.

A. v. Notthafft-München.

Bakteriologie, Serologie, Hämatologie usw.

Spirochaeta sporogona rheumatismi, von B. Rasch-Kristiania. (1921, Selbstverlag.) Als Erreger des akuten und chronischen Gelenkrheumatismus sowie auch des Erythema nodosum und des Erythema multiforme rheumaticum beschreibt R. kleine, bei 800facher Vergrößerung eben erkennbare Spirochäten, welche sich durch Sporenbildung fortzupflanzen scheinen. Sie finden sich im Blute der Kranken sowohl frei im Plasma, als auch einzeln oder zu mehreren in und auf den roten Blutkörperchen. Zum Nachweis wird das Blut möglichst dünn aufgestrichen, nach dem Antrocknen in Alkohol und Äther (āā) 10 Minuten fixiert und mit Giemsascher Lösung gefärbt. Von der Lösung nimmt man einen Tropfen auf 1 ccm Wasser, erneuert nach einstündiger Einwirkung und setzt das Färben 6 Stunden lang fort bei Zimmertemperatur. Darauf vorsichtiges Abspülen. Die Spirochäten erscheinen als sehr feine, schwach gefärbte Gebilde mit oftmals einer kleinen, tiefer violett gefärbten Verdickung am einen Pol. Die Sporen erscheinen in Form von minimalen, dunkelviolett gefärbten Punkten.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Zur Frage der Koktostabilität gebundener Immunkörper, von W. Spät-Kladno. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 5, S. 387—393.) Die gebundenen Immunkörper sind nicht hitzebeständig. Die entgegengesetzten Befunde anderer Autoren werden auf Nichtberücksichtigung des Doppelcharakters der Rezeptoren zurückgeführt. F. Harry-Berlin.

Über den Einfluß der Inaktivierungserwärmung auf Meerschweinchenkomplement und menschliches Serum, von P. Hirsch und M. Liebers-Jena. (D. m. W., 1922, Nr. 28, S. 936.) Bei Inaktivierungserwärmung wurden sowohl unverdünnte als auch verdünnte Sera von Meerschweinchen und Menschen klarer. Mit dem Spaltultramikroskop wurde nach der Erhitzung eine Zunahme der kleinen Ultrateilchen und eine Sprengung der größeren Ultramikronenkomplexe in kleinere beobachtet. F. Harry-Berlin.

Der Einfluß der ultravioletten Strahlen auf Antikörper in vitro, von G. Heuer-Berlin. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 5, S. 380—387.) Eine Wirkung auf Agglutinine, Bakteriolysine, hämolytische Ambozeptoren und Komplement wurde nur dann erzielt, wenn diese in Verdünnungen den Strahlen ausgesetzt werden. Je größer die Verdünnung, desto rascher die Beeinflussung. F. Harry-Berlin.

Zur Zählung der Zellelemente der Lumbalflüssigkeit, von E. Jacobsthal-Hamburg. (D. m. W., 1922, Nr. 26, S. 867.) Für Lumbalpunktate mit geringen Blutbeimengungen wird folgende Farblösung empfohlen: Gesättigte alkohol. Methylviolettlösung 15,6, Acid. acetic. glacial. 50,0, Aq. dest. ad 100,0. Mäßige Blutbeimengungen bilden keinen Hinderungsgrund zur Zellzählung, da normalerweise auf 1000 rote Blutkörperchen nur 1—2 weiße Blutelemente kommen. F. Harry-Berlin.

Zur Frage der Virulenzsteigerung säurefester Saprophyten durch Tierpassagen, von B. Heymann u. W. Strauss-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 30, S. 999—1000.) Weder bei unmittelbaren Tierpassagen noch bei Übertragung von Passagereinkulturen gelang es, die von Kolle und seinen Mitarbeitern beobachtete Virulenzsteigerung säurefester Saprophyten zu erzeugen. F. Harry-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

In Freiburg i. B. wurde durch Umbau des Garnisonlazaretts eine neue dermatologische Klinik (Direktor: Prof. Rost) errichtet. Außer 130 Betten enthält sie eine große Bestrahlungsabteilung, Laboratorien, Tierställe und ein Moulageinstitut.

Für den vom 25. bis 27. Juli 1923 als Jahrhundertfeier für Pasteur in Straßburg i. E. geplanten II. Kongreß französisch sprechender Dermatologen wurden folgende Themata aufgestellt: Desensibilisation bei Hautkrankheiten (Ravaut-Paris, Spillmann-Nancy); Nävokarzinom (Masson-Straßburg, Bloch-Zürich); Frühbehandlung der Syphilis (Queyrat-Paris, Malvoz-Lüttich); Einverleibungswege für Antisyphilitika (Milian-Paris, Bodin-Rennes). Außerdem findet daselbst am 23. und 24. Juli ein Kongreß über Krebs, und am 28. bis 30. Juli eine „Internationale" Leprakonferenz statt.

Ernannt: Prof. Jader Capelli, Direktor der dermatologischen Klinik in Cagliari in gleicher Eigenschaft nach Turin; Prof. Pier Ludovico Boselllini, Direktor der dermatologischen Klinik in Messina nach Pisa; Libero docente Dr. Leonardo Martinotti, Assistent der dermatologischen Klinik in Bologna zum Direktor der dermatologischen Klinik in Sassari; Prof. Agostino Pasini, Primararzt am Ospedale Maggiore in Mailand zum Direktor der dermatologischen Klinik an den Istituti Clinici di Perfezionamento daselbst.

Prof. Johann Sowade in Halle a. S. erhielt einen Lehrauftrag der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende der Zahnheilkunde.

Gestorben: Prof. Karl Berthold Hofmann, früherer Vorstand des Institutes für medizinische Chemie in Graz, bekannt durch seine zum Teil mit Robert Ultzmann verfaßten Arbeiten über Harnchemie. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. Januar 1923 | Nr. 2 | Band 76

Die intravenöse Zufuhr von Arsenikalien und ähnlich wirkenden Arzneistoffen in ihrer pharmakodynamischen Wirkung auf die Leber und andere Organe[1]).

Von

Priv.-Doz. Dr. K. Ullmann in Wien.

Mit 1 Tafel.

In früheren Versuchen (1911—1912) konnte ich zeigen, daß durch intravenöse Zufuhr einverleibte Arsenikalien, gesättigte wie ungesättigte, eine ungleich raschere und vollkommenere Ausscheidung erfahren als subkutan oder intramuskulär injizierte. Hierdurch war die flüchtigere therapeutische Wirkung der im Blutwege gesendeten Heilstoffe erklärt. Seither, wie schon lange vorher, haben auch vieljährige klinische Erfahrungen gezeigt, daß parenterale Einfuhr der Arsenikalien sich ungleich nachhaltiger wirksam erweist als gleich große Mengen venös eingeführter. Dies gilt nicht nur für die Heil-, sondern auch manche Nebenwirkungen toxischer Natur (vgl. W. kl. W., 1922, Nr. 21/22).

Durch weitere Versuche, die ich schon dem vorletzten Naturforschertag 1913 in Wien vorgelegt habe, gelang es mir auch, eine Erklärung für diese auffallende Tatsache zu geben, und zwar durch das Verhalten der Leber bei Versuchstieren (Ratten, Kaninchen wie Hunden). Es zeigte sich nämlich ganz regelmäßig ein eigentümliches örtlich verschiedenes Verhalten der Leberzellen in jenen pathologischen Zellveränderungen, die für Arsen und analog wirksame Stoffe überhaupt charakteristisch ist. (Fettige Infiltration, Fettphanerose.) Toxische Dosen, im Blutwege einverleibt, bewirken eine intensive kranzförmige, aber lediglich peripher im Leberacinus lokalisierte Fettdegeneration der Zellen, und zwar sowohl der Kupfferschen Stern-, als auch der unmittelbar angrenzenden Leberparenchymzellen. Diese Erscheinung tritt nachweislich schon in den ersten Stunden nach der Einverleibung deutlich sichtbar auf, erreicht ihre Höhe jedenfalls in den ersten 2 bis 3 Tagen, um sich von da ab langsam innerhalb von Tagen oder Wochen zu verlieren. (Eigene Versuche an Ratten, Kaninchen, Meerschweinchen und Hunden.) Tafel 1, Abb. 1 und 2.

Wir sehen diese Erscheinung am schönsten vom arseniksauren Kali, etwas weniger stark vom Natronsalz des dreiwertigen As, viel weniger stark nach Injektion fünfwertiger arsensaurer Verbindungen entstehen, dementsprechend weit stärker nach allen Salvarsanpräparaten, als z. B. nach Atoxyl-

[1]) Vortrag, gehalten in der Abteilung Dermatologie und Syphilis der 87. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Leipzig am 22. September 1922.

Digitized by Google

oder Kakodylpräparaten, also überhaupt stärker nach ungesättigten und anorganischen als nach gesättigten bzw. organischen As-Verbindungen.

Dieselben As-Mengen aller der hier genannten Gift- oder Heilstoffe, parenteral injiziert, bewirken bis zum dritten Tage gewöhnlich gar keine oder nur geringe Veränderungen der Leberzellen. Diese treten viel später auf und dann ganz gleichmäßig im ganzen Bereiche des Acinus.

Bei sehr hohen letalen Dosen, wenn das Tier mindestens 2 bis 3 Tage gelebt hat, treten wohl auch schwere Zellveränderungen, Verfettungen, Kapillarblutungen auf, aber nicht in der geschilderten charakteristischen zirkulären Verteilung, sondern diffus im ganzen Acinus ausgebreitet.

Bei Wiederholungen der intravenösen Giftzufuhr kommt es immer wieder zu diesen charakteristischen zirkulären Verfettungen, so daß die Verfettungszone allmählich immer breiter wird, schließlich fast bis zum Zentrum des Acinus hineinreicht, immer aber noch eine Partie im Zentrum unverändert und intakt läßt.

Auffallend ist ferner auch, besonders in der Peripherie des Acinus, der färberisch nachweisbare, verringerte Glykogengehalt der Leberzellen.

Somit ist die intravenöse Methode unter Voraussetzung nicht allzu großer, hoher, also gar letal toxischer Dosen, die ja, wie bekannt, ebenfalls zu Blutungen, Gefäßzerreißung und Nekrose führen (zur hämorrhagischen Hepatitis, Abb. 5), eine für die Leber wesentlich schonendere Methode als eine länger fortgesetzte Zufuhr auf parenteralem Wege. Denn diese bewirkt auch beim gesunden Versuchstiere (Kaninchen, Hund) allmählich eine vollständige und besonders auch zentral lokalisierte Nekrose (Abb. 3) des Leberacinus, setzt also die gesamte Leber außer Funktion, gleichzeitig bewirkt sie einen fast völligen Schwund des Glykogengehaltes derselben.

Die Differenzen im Leberabbau dürften in den schützenden Eigenschaften der Kupfferschen Endothelzellen liegen, welche das zum Teil aus der Arteria hepatica konzentriert und rasch zuströmende Gift aus dem Blut an sich reißen, dabei mächtig anschwellen und so den Weg zum Zentrum vielleicht mechanisch verstopfen, was bei der ganz langsamen Zufuhr des Giftstoffes nach parenteraler Zufuhr offenbar nicht der Fall ist. Wenigstens habe ich mir diese Erklärung zurechtgelegt. Vielleicht aber sind auch noch andere, z. B. physikalisch-osmotische Faktoren hierbei mitwirkend. Das im Blute befindliche Arsen wird hierbei aber zum größten Teil gar nicht an die Leberzellen adsorbiert, sondern verbleibt länger in Zirkulation und gelangt gleich in die Niere, Darmepithelien, durch deren Drüsen es alsbald ebenso wie durch die Galle ausgeschieden wird.

Ein Reihe von Diapositiven, von Mikrophotogrammen sollen Ihnen vor Augen führen, welche großen Unterschiede nach den beiden Einverleibungsarten bestehen. Folgt eine Demonstration von Lichtbildern. Nur 6 davon sind auf beifolgender Tafel abgebildet.

Ich habe nun in letzter Zeit auch andere Heilstoffe, wie vorläufig Antimon und Wismut, in analoger, starker Dosierung, vorläufig nur bei Ratten, und zwar die wasserlöslichen Präparate, Brechweinstein sowie weinsaures Wismutoxyd zu ähnlichen Parallelversuchen benutzt[1]). Es

[1]) Seither wurde das Trepol und das Goldpräparat Krysolgan zu Versuchen benutzt, über welche zusammen in München D. D.-Tag berichtet werden soll.

Digitized by Google

hat sich vorläufig hierbei gezeigt, daß wenigstens nach einmaligen letaltoxischen Dosen diese morphologische Differenz in der Leber zwischen venöser und parenteraler Einfuhr wohl auch, aber nicht so deutlich auftritt als nach Arsenikalien, weiterhin, daß hierbei der Verfettungsprozeß der Leberzellen besonders beim Wismutpräparat ein etwas geringerer ist als beim Arsen. (Glykogenfärbungen stehen noch aus.)

Andererseits sind die klinischen Erscheinungen sehr schwere, wenn auch anderer Art als bei der akuten Arsenvergiftung, sie bestehen in Krämpfen, hochgradiger Muskelschwäche, also in vorwiegend Nervensymptomen und deuten diese auch sonst auf eine weit stärkere Neurotropie der beiden genannten Präparate.

Seit vielen Jahrzehnten ist bekannt, daß Leber, Niere, auch Magenschleimhaut, Milz und Knochenmark Hg-As und verwandte Heilstoffe aus dem Kreislauf und Säftestrom an sich reißen und mehr oder weniger lange Zeiträume in den Zellen behalten. Vom Arsen speziell wissen wir, daß es allmählich auf lange Zeit, vielleicht auf Lebensdauer in die Oberhautzellen gelangt und dort fixiert bleibt.

Diesen Tatsachen gegenüber haben Aschoff und seine Mitarbeiter ein Schutzzellensystem, den retikulo-endothelialen Zellapparat beschrieben.

Eppinger[1]) hat jüngst auch noch darauf hingewiesen, daß dieser, dem Mesenchym angehörige Zellapparat biologisch wohl hauptsächlich zur Speicherung und Fixierung des Eisens aus zerfallenden Blutelementen bestimmt, auch zur Giftspeicherung von der Natur herangezogen wurde, und auch hier die Kupfferschen Endothelzellen in der Leber in den Vordergrund gestellt. Freilich über eine Entgiftungsfunktion der anderen Zellen mesenchymaler Abkunft wie den Alveolarepithelien der Lungen und der im subkutanen Zellgewebe ist uns und den forensischen Chemikern bisher nichts bekannt, vielleicht weil die Speicherung dort nur sehr gering ist. Jedenfalls ist dem Aschoffschen retikulo-endothelialen System, ferner dem von Eppinger so genannten hepato-lienalen System zur Aufnahme von Blutzerfallsprodukten (Blutmauserung) für unsere dermatologischen Gesichtspunkte eher ein hepato-intestinal-renales Zellsystem als funktionell wichtig gegenüberzustellen, insofern die Leber-Endothelien und -Parenchymzellen die Fixierung und Speicherung der Giftstoffe, die Nieren- sowie auch die Darm-Epithelien die Adsorption behufs Elimination besorgen.

Obwohl also das — ob venös oder parenteral — zugeführte Gift von den Herzkammern weg stets ein und denselben Weg nimmt und auch dieselben Zellarten bei venöser wie parenteraler Zufuhr in Funktion treten, so ist es offenbar doch das überstürzte Tempo der direkten und mehr konzentrierten Giftzufuhr im Blutwege zur Leber und anderen Organen, welches die geschilderte Schutzwirkung speziell der Leber in der Art einer Blockierung der Kupfferschen Endothelzellen auslöst, die bei der langsamen parenteralen Giftzufuhr nicht zustande kommt.

So offenbart sich vor unseren Augen die Leber neben der Niere als wichtigstes Organ der Entgiftung bzw. Giftaufbereitung und Speicherung im Sinne älterer Autoren wie Peiper, Quincke und der Bouchardschen Schule, besonders Roger, und es kann uns so nur um so leichter

[1]) W. kl. W., 1922, Nr. 19.

Digitized by Google

verständlich werden, wenn hervorragende Forscher aller Länder, wie in letzter Zeit auch der Londoner forensische Chemiker Sir William Willcox[1]) verschiedene klinische Erscheinungen, wie selbst die Encephalitis haemorrhagica, sowie die anderen Symptome der akuten As-Intoxikation geradezu als Folgen der toxischen Leberinsuffizienz ansehen, die dann zur Autointoxikation und unter verschiedenen schweren Symptomenbildern auch zum Exitus führt.

Die hier geschilderten klinischen Vorgänge machen uns auch vieles klinisch längst Bekannte besser verständlich. Beispielsweise die Salvarsaninfusionen, ursprünglich in ihrer Wirksamkeit überschätzt und deshalb z. T. nach Iversens Vorschlag, wie bekannt, z. T. mit einer intramuskulären kombiniert, wurden ja auch deshalb später serienweise bis zu 12 und darüber immer mehr vervielfältigt. Weniger bekannt ist es, daß die intravenöse Therapie mit As-Präparaten, selbst mit der am kräftigsten wirkenden anorganischen, ungesättigten Lösung von arseniksaurem Kali (Solutio Fowleri) zur Behandlung von Dermatosen, z. B. von Lichen ruber, Lues, Lymphomen u. a., selbst in relativ sehr großen Dosen, ja sogar größeren als die Maximaldosis der österreichischen und deutschen Pharmakopoe (0,5) intravenös stets regelmäßig ganz anstandslos toleriert wird, dabei aber therapeutisch auffallend weniger wirksam, nahezu unwirksam bleibt, und erst durch häufige Wiederholung und im Verlaufe vieler Wochen offenbar durch allmähliche Speicherung, also gleichzeitig durch Gewöhnung und Akkumulation auch kräftigere Heil- und toxische Wirkungen mit charakteristischer pathologischer Pigmentbildung in der Haut zur Folge hat. (Vgl. W. m. W., 1912, Nr. 15.)

Die Erklärung für diese, weder in der Dermatologie noch in der Tropenmedizin genügend bekannt gewordene oder gewürdigte Tatsache hoffe ich, ihnen in meiner heutigen Demonstration gegeben zu haben. Auf die naheliegenden Beziehungen der Leber zur Intoxikation mit Salvarsan, anderen As- und Metallpräparaten, je nach deren chemotherapeutischer Struktur und demzufolge auch Adivität zu den Organ-(Leber-) Zellen, gehe ich vorläufig hier nicht ein.

Erklärung zu Tafel 1.

Abb. 1. Kaninchenleber, zeigt die perivaskuläre Fettphanerose nach Infusion toxischer Dosen von Solutio Kalii arsenicosi entlang der das Blut zur Leber führenden Venae periportales, die aus dem periportalen Bindegewebe an die Peripherie des Acinus gelangen. (Am 3. Tage nach der Infusion. Färbung mit Sudan rot 2, Hämalaun; in schwache Vergrößerung.)

Abb. 2. Kaninchenleber, zeigt analoge Verhältnisse nach erstmaliger Neosalvarsaninfusion in starker, aber nicht schwer toxischer Dosis. (Am 3. Tage nach der Infusion. Färbung mit Sudan rot 2, Hämalaun; schwache Vergrößerung.)

Abb. 3. Kaninchenleber, zeigt hochgradige Zellveränderungen überall im Acinus der Leber mit zentraler Nekrose der Leberzellen, also diffuse Verfettung des Zellparenchyms, stellenweises Undeutlichwerden der Kerne mit Chromatinschwund und unscharfen Zellgrenzen, die bis

[1]) Brit. m. J., 1922, Nr. 3212, S. 118—124, und Lancet, 1922, Bd. 203, Nr. 3, S. 129.

Digitized by Google

zur völligen Nekrose gediehen, infolge von parenteralen Injektionen von Liquor Kalii arsenicosi in toxischer Dosierung. Tod des Tieres in der 3. Woche des Versuchs. (Am 3. Tage nach der 5. Infusion. Färbung mit Sudan rot 2, Hämalaun und schwache Vergrößerung.)

Abb. 4. Die dem Kaninchen, Abb. 3, zugehörige Niere zeigt starke Epithelverfettung und bis zur Nekrose gediehene Veränderungen in der subkortikalen Partie. (Färb. u. Vergr. wie oben.)

Abb. 5. Leber eines Hundes. Tod am 13. Tage nach mehreren toxischen intravenösen Injektionen von arseniksaurem Kali. Zeigt das Bild einer hämorrhagischen Hepatitis. Starke Verfettung der Leberzellen, Blutaustritt zwischen die Leberbalken, zumeist noch gut erhaltene Zellkerne, reichliches Blut- und Gallenpigment. (Vergrößerung und Färbung wie oben.)

Abb. 6. Leber eines durch allmählich steigende Dosen von Solutio Kalii arsenicosi behandelten, an As gewöhnten Kaninchens. Tötung 2 Monate nach Aussetzen des Versuchs. Das Tier hatte als höchste Dosis 0,0035 mg pro Kilogramm, im ganzen 123 mg As in 24 Injektionen erhalten, dabei aber während des Versuchs an Gewicht wesentlich zugenommen, von 1,4 bis 2,2 kg. Bei der Sektion ergab sich ein ziemlicher Fettansatz in allen Organen, sonst keine pathologischen Veränderungen. Die Leberzellen zeigten einen mäßigen Grad von Fettinfiltration bei vollkommen gut erhaltenen Zellkernen und scharfen Zellkonturen. Leichte Vermehrung des Pigmentgehaltes längs der Gefäße, besonders im interacinösen Bindegewebe, zeigt also das Bild eines klassischen Falles von As-Gewöhnung[1]).

Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Charlottenburg-Kirchstr. (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. C. Bruhns).

Über die Bruckschе Reaktion, eine neue Ausflockungsmethode zur Serodiagnose der Syphilis.

Von

Dr. Gustav Jähnke, Assistenzarzt.

Vor kurzem hat Bruck[2]) die Ergebnisse der von ihm erprobten neuartigen Ausflockungsmethode zur Serodiagnose der Syphilis veröffentlicht.

0,2 ccm inaktivierten Patientenserums werden mit 0,8 ccm einer 10%igen Kochsalzlösung vermischt und hierzu 0,2 ccm einer feinen Extraktsuspension hinzugefügt, die aus gleichen Teilen alkoholischen Menschenherzextraktes und physiologischer Koch-

[1]) Außer den hier abgebildeten Präparaten wurden noch zahlreiche andere, großenteils farbige Diapositive von Leber, Niere, Milz und anderen Organen von Versuchstieren demonstriert, die teils intravenös und parallel, dazu auch subkutan mit verschiedenen toxischen und auch subtoxischen Dosen verschiedener As-Präparate behandelt worden waren. Aus der Demonstration konnten die verschiedenen Grade von Hyperämie, Verfettung und Degeneration der Organe, die Unterschiede speziell an der Leber und Niere von Kaninchen zwischen venöser und parenteraler Zufuhr von dreiwertigen und fünfwertigen As-Präparaten, anorganischen wie organischen, gezeigt werden. Schließlich auch Leber und Niere von an As-Vergiftung nach Salvarsan zugrundegegangenen 2 Menschen, die unter Erscheinung von Ikterus und Exanthemen im Beginn der As-Intoxikation schließlich an meningealen Symptomen unter dem Bilde der Meningoenzephalitis zugrunde gegangen waren.

[2]) D. m. W., 1922, Nr. 25, S. 825.

Digitized by Google

salzlösung besteht. Nach gutem Durchschütteln wird der Inhalt des Versuchsröhrchens sofort 20 Minuten lang in der elektrischen Zentrifuge zentrifugiert. Es hat sich dann an der Oberfläche der Flüssigkeit ein zartes, weißes Häutchen gebildet, das nach leichtem Umschütteln bei positivem Resultat in mikroskopisch sichtbare Flöckchen zerfällt, bei negativem Resultat eine diffuse Trübung der Flüssigkeit ohne Flockenbildung ergibt.

In einer späteren Veröffentlichung[1]) änderte Bruck seine Methode dahin ab, daß er an Stelle der Extraktkochsalzsuspension und der 10%igen Kochsalzlösung eine Mischung von Extrakt und Natriumsulfatlösung (2 ccm Extrakt und 8 ccm einer 10%igen Natriumsulfatlösung, davon 1 ccm zu 0,2 ccm Patientenserum) verwendete.

Ich habe in unserem Laboratorium die Brucksche Reaktion (BR) bisher an über 500 Fällen ausgeführt und die Resultate mit den Ergebnissen der bei uns stets angestellten WR, sowie der beiden Flockungsmethoden nach Sachs-Georgi (SGR) und Meinicke (DM) verglichen.

Die Sera entstammten fast sämtlich dem Blute unserer Anstaltspatienten, sowohl von Syphilitikern wie Nichtsyphilitikern, nämlich von Gonorrhoe- und Hautkranken.

Bei der Untersuchung fanden sich folgende Resultate:

1.	Völlige Übereinstimmung zwischen BR und WR (SGR und DM)	in 86,4%,
2.	BR negativ, WR schwach positiv . . .	„ 1,8%,
3.	BR schwach positiv, WR negativ . . .	„ 3,6%,
4.	BR negativ, WR stark positiv	„ 3,8%,
5.	BR stark positiv, WR negativ	„ 4,4%.

Zu 1—3. Es bestand demnach zwischen BR und den anderen Reaktionen, wenn man von den geringen Schwankungen der einen oder der anderen absieht, eine Übereinstimmung in 91,8%.

Zu 4. Die nach BR negativ, nach WR resp. den Flockungsreaktionen von SG und DM positiv reagierenden 19 Fälle entstammten sämtlich dem Blute sicher luetischer Patienten, und zwar lautete die Diagnose in 14 Fällen Lues II latens, in 5 Fällen Lues I. Bei letzteren waren SGR und DM in 3 Fällen ebenfalls noch negativ resp. schwach positiv.

Zu 5. Bei den nach BR positiv, nach WR negativ reagierenden 22 Seren handelte es sich in 10 Fällen um sichere Lues unmittelbar nach einer spezifischen Kur, und zwar waren 3 Fälle nach DM, ein anderer nach SGR ebenfalls noch positiv. Bei 5 uns von außerhalb zugesandten Blutproben konnte die Diagnose nicht festgestellt werden. Die 7 restlichen Fälle ergaben trotz genauester Ausfragung der Patienten keinerlei Anhaltspunkte für Lues. 5 dieser Fälle betrafen fieberhafte Epididymitis, eine Erkrankung, die nach unseren Erfahrungen ebenso wie andere, mit hohem Fieber einhergehende Krankheiten auch bei der SGR in seltenen Fällen eine unspezifische Flockung hervorruft. So gab auch hier in 2 Fällen die SG-Methode ein stark positives Ergebnis, ein drittes Mal bestand Eigenflockung. Bei den beiden anderen Fällen von positiver BR war die Diagnose Skabies resp. akute Prostatitis. Temperatursteigerung oder andere Symptome einer allgemeinen, die Widerstandsfähigkeit des Körpers herabsetzenden Erkrankung gaben zu dem positiven

[1]) Kl. W., 1922, Nr. 33, S. 1656.

Digitized by Google

Ausfall keine Veranlassung, wie es GEORGI[1]) bei Tuberkulose und Karzinom beobachtet hat. Es handelt sich demnach mit größter Wahrscheinlichkeit — latente Lues ist ja mit voller Sicherheit niemals auszuschließen — um einen unspezifischen Reaktionsausschlag der BR. Bemerken möchte ich noch, daß diese 7 zuletzt aufgeführten Versuche von positiver BR bei negativer WR bis auf einen Fall von fieberhafter Epididymitis nach der ersten von BRUCK empfohlenen Methode mit 10 % iger Kochsalzlösung angestellt worden sind.

Es ergibt sich hieraus, daß die BR für die Serodiagnose der Syphilis von Bedeutung zu sein scheint.

Als Vorteil vor den anderen Flockungsreaktionen wäre zu erwähnen:

1. daß das Resultat in sehr kurzer Zeit feststellbar ist, nämlich nach ungefähr einer halben Stunde im Gegensatz zu SGR und DM, bei denen das Resultat bekanntlich erst nach 24 Stunden abgelesen wird,

2. daß die BR vom Brutschrank unabhängig ist und die Verwendung des Agglutinoskops entbehrlich macht.

Nachteile:

1. Leider fällt der Vorteil der Zeitersparnis bei der Ausführung größerer Untersuchungsreihen fort, wenn man für die Versuche die üblichen elektrischen Zentrifugen mit 4 Bechern benutzt. Es wird dann zum mindesten erforderlich sein, wie es auch ZEISSLER[2]) vorschlägt, die Zentrifugen durch Metall- oder Holzeinsätze mit mehreren Bohrungen derart umzugestalten, daß gleichzeitig eine größere Anzahl von Versuchsröhrchen dem Zentrifugierprozeß unterzogen werden kann.

2. Die einwandfreie Ablesung des Resultates ist im Gegensatz zur Ablesung der SGR und DM im Agglutinoskop keineswegs einfach und verlangt größere Erfahrung.

Die Verbesserung der BR, nämlich die Ersetzung der 10 % igen Kochsalzlösung durch eine 10 % ige Natriumsulfatlösung, hat sich auch mir als vorteilhafter erwiesen. Ich habe ungefähr 200 Versuche mit 10 % iger Kochsalzlösung, den Rest mit 10 % iger Natriumsulfatlösung ausgeführt und bei der letzteren Methode bedeutend schärfere Reaktionsausschläge sowie zuverlässigere Resultate erhalten.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die BR für die Serodiagnose der Lues an sich verwertbar ist, daß sie die Möglichkeit bietet, in eiligen Fällen zu einem schnellen Resultat zu gelangen, was allerdings bei größeren Untersuchungsreihen die obenerwähnten technischen Abänderungen erforderlich macht. Die BR hat in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle spezifisch angezeigt, nur in wenigen Fällen ergab sie anscheinend eine nicht spezifische Flockung.

---

[1]) Kl. W., 1922, Nr. 39, S. 1947. — [2]) D. m. W., 1922, Nr. 45, S. 1510.

Digitized by Google

Aus der akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf
(Direktor: Prof. C. Stern).

Zu Nourneys Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten.

Von

Dr. Evening, Oberarzt der Klinik.

Wohl angeregt durch kurze als Aufmunterung gedeutete Ausführungen Delbancos kommt Nourney in Nr. 39 der Derm. W. auf sein Vebliverfahren zurück und glaubt neue Aussichten für die „Wertschätzung" seiner Methode eröffnen zu können. Ich fühle mich nicht berufen, auf die theoretischen Gedankengänge Nourneys einzugehen, welchen ja schon ein Pirquet eine grundsätzliche Bedeutung zuerkannt hat und an denen ja auch Delbanco glaubt, „nicht vorüber zu können". Aber jede auf noch so scharf durchdachte theoretische Erörterungen aufgebaute und empfohlene Therapie muß ihre Daseinsberechtigung mit Erfolgen beweisen. Wer aber, wie Düsseldorfer Ärzte, seit Jahr und Tag Gelegenheit gehabt hat, die „Heilerfolge" Nourneys aus nächster Nähe zu beurteilen, ist längst, wie auch die Fachkollegen der unmittelbaren Nachbarschaft (Elberfeld), über die Frage Nourney zur Tagesordnung übergegangen. Trotz dieser seit Jahr und Tag feststehenden grundlegenden Stellungnahme hat der Chef unserer Klinik (Herr Prof. Stern) nicht aufgehört, immer wieder in der Privatpraxis und am klinischen Material die Frage zu prüfen, um sich vor der Auffassung zu schützen, als lehne die Klinik aus vorgefaßter Meinung „Fortschritte" ab.

Immer wieder wurden bei allen möglichen Erkrankungen, so z. B. bei Hauttuberkulose Versuche gemacht, durch „Vebli" Erfolge zu erzielen, jedoch mit absolut negativem Erfolg. Auch bei Psoriasis, einem nach Nourney besonders „dankbarem" Feld der Betätigung, versagte die Therapie völlig. Wenn Nourney übrigens in einer seiner früheren Arbeiten und in Diskussionsbemerkungen immer wieder davon spricht, daß er Psoriasiseffloreszenzen sich habe „eitrig" umwandeln sehen, so muß doch diese Bemerkung den dringenden Verdacht erregen, daß der Herr Verfasser sich in der Diagnose geirrt hat. Übrigens möchte ich ausdrücklich betonen, daß wir selbstverständlich weit davon entfernt sind, eine Therapie zu diskreditieren, wenn dieselbe in einigen Fällen versagt hat; das kommt auch bei anderen empfohlenen Mitteln vor und spricht deshalb nicht gegen das Präparat. Vebli hat bei uns in jedem Falle von Psoriasis versagt.

Bei den eben genannten Erkrankungen, die sicherlich eine Crux medicorum darstellen und deshalb zu immer neuen Mitteln greifen lassen, ist es verzeihlich und verständlich, wenn eine an sich harmlose Therapie wie Vebli versucht wird; dasselbe möchte ich von der Gonorrhoe sagen. Ebenso wie Delbanco glauben auch wir, „daß wir uns auf einem Irrwege befinden, wenn wir die alleinseligmachende Kraft der Silbersalze, die

Digitized by Google

Unentbehrlichkeit der Injektionen und die große Bedeutung der Dilatatoren lehren"; sind aber, nebenbei bemerkt, noch lange nicht so große Pessimisten wie Delbanco und Buschke. Sicher stellt die Gonorrhoe außerordentliche Anforderungen von Geduld sowohl an Arzt wie an Patient, ist diese aber bei beiden vorhanden, so kann man auch bei der Gonorrhoe eine restlose Heilung erreichen.

Auch wir begrüßen jede Behandlungsart, die andere Wege in der Gonorrhoetherapie wandelt und eine schnellere Heilung verspricht. Deshalb haben wir auch bei der Gonorrhoe Vebli angewandt, doch mit negativem Erfolg. Die Nourneyschen Angaben lassen völlig außer acht, daß die Gonorrhoe des Mannes in vielen Fällen bei zweckmäßigem Verhalten der Patienten in 4—6 Wochen auch ohne lokale Therapie ausheilen kann, eine Feststellung, die ja für Fachleute nichts Neues bringt. Daß gerade bei der Gonorrhoe Zeiten eines raschen Abklingens subjektiver Erscheinungen und objektiver Befunde etwas durchaus nicht Seltenes sind, weiß jeder, der häufig Gonorrhoe zu behandeln Gelegenheit hat.

Unsere „neueren" Therapeuten lassen ja vielfach diesen Gesichtspunkt völlig außer acht. Wenn daher Nourney seine Patienten „literweise" Tee trinken läßt, so tut er etwas, was schon lange anderswo auch gemacht ist. Daß daneben die „Vebli" irgend einen Erfolg haben soll, müssen wir nach unseren Erfahrungen auf das nachdrücklichste bestreiten. Es tritt weder, wie Nourney angibt, eine „Lokalreaktion" an der Injektionsstelle ein, noch irgend ein therapeutischer Erfolg am Orte der Injektion.

Die Vebli ist für die Gonorrhoediagnose ebensowenig wie für die Gonorrhoetherapie von irgend einer Bedeutung.

Neuerdings wirft sich die neue Therapie mit Nachdruck auch auf die Syphilis. Hier ist sie nicht harmlos, sondern hier werden die Grenzen des Gewagten überschritten. Wenn in einer Zeit, in der die allergrößten Anstrengungen gemacht werden, durch experimentelle Forschung die Syphilis in ihren vielfachen, verschlungenen Bahnen noch genauer zu studieren und durch Weiterentwicklung chemotherapeutischer Maßnahmen unsere Therapie zu vervollkommnen, jemand den Mut hat, aus rein theoretischen Vorstellungen heraus, ohne jede wirklich ernstliche Erfahrung, solche Methoden in die Öffentlichkeit zu bringen, so hat jede Klinik, die sich der Mühe unterzogen hat, das Verfahren zu prüfen, die Pflicht, darüber zu berichten. Wenn vor allen Dingen in einer Zeit, in der von den bedeutendsten Syphilidologen einwandfrei nachgewiesen ist, daß die Lues in ihrem 1. Stadium durch Salvarsan restlos heilbar ist, jemand mit Vebli behandelt und dadurch, weil er „die Initialsklerose für nicht lebensgefährlich" hält, kostbare, nie wieder einzuholende Zeit versäumt, so gehört dazu mehr als Mut.

Trotz dieser erheblichen allgemeinen Bedenken haben wir Versuche bei allen Stadien der Lues vorgenommen mit völlig negativem Ergebnis. Wir müssen allerdings betonen, daß wir in der Klinik die Diagnose Syphilis nach streng wissenschaftlichen Grundsätzen stellen (Spirochätennachweis, serologische Untersuchung). Tut man dies, so vermißt man auch bei der Lues jeden diagnostischen und therapeutischen Wert. Wir haben spirochätenhaltige Primäraffekte und Patientinnen mit

Digitized by Google

breiten spirochätenhaltigen Kondylomen lediglich mit Vebli behandelt. Da jedoch unter unseren Augen sich die luetischen Veränderungen trotz Vebli verbreiteten und verallgemeinerten, sind auf Anordnung meines Chefs die im Frühjahr dieses Jahres erneut aufgenommenen Versuche abgebrochen worden. Wir glaubten, es im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege nicht länger verantworten zu können, den Ruf der Klinik aufs Spiel zu setzen, weil sie derartige Methoden weiter nachprüfte.

Im Interesse der Patienten warnen wir dringend, die Zeit mit derartigen Methoden zu vergeuden. Dieselben sind nur geeignet, die langsam im Publikum durchdringende Erkenntnis zu beeinträchtigen, daß der an Geschlechtskrankheiten leidende Mensch die Pflicht hat, sich von einem approbierten Arzt sachgemäß behandeln zu lassen. Übrigens schränkt Nourney seine Veblitherapie selbst ein. Wenn er Seite 985 schreibt, daß er bei der Initialsklerose durch Hg und andere Präparate für ständige Reinigung sorge, so buchen wir diese Tatsache als Beginn reifender Erkenntnis: denn man kann sich wirklich nicht denken, daß Nourney tatsächlich Hg nur gibt, „um eine Entwicklung von anderen Bakterien auf geeignetem Nährboden" zu verhindern. Das gelingt wohl sicherer durch heiße Bäder, denen man etwas Kalium permanganicum zusetzt.

Wenn uns Nourney einen einwandfreien spirochätenhaltigen Primäraffekt zeigen wird, der lediglich durch Vebli abortiv geheilt wird und geheilt bleibt, werden wir seiner Therapie gerne wieder ein Betätigungsfeld in unserer Klinik einräumen, eher aber nicht.

Die Behandlung des Lupus vulgaris der Nasenschleimhaut.

Von

San.-Rat Dr. med. Eschweiler in Düsseldorf.

So dankbar die Behandlung des Lupus vulgaris der Haut der Nase durch die Anwendung der Röntgen- und ultravioletten Lichtstrahlen geworden ist, ebenso undankbar, mühevoll für den Arzt, schmerzhaft und erfolglos für den Patienten ist die Behandlung des Lupus vulgaris der Schleimhaut der Nase bisher gewesen, wenn ich von der Behandlung mit Radium, über die mir nähere Erfahrung fehlt, die aber gute Resultate geben soll und wohl auch bequem ist, absehe. Alle übrigen Methoden sind nach meinen Erfahrungen gleich mühevoll, schmerzhaft und unsicher im Erfolge.

Nach operativen Methoden, Auskratzungen mit dem scharfen Löffel und Ausbrennungen mit dem Galvanokauter pflegt meist bald in der Umgebung ein Rezidiv aufzutreten und werden die Patienten der immer wiederholten operativen Behandlung bald müde und geben dieselbe auf. Bei der Behandlung mit Ätzsalben, Pyrogallussalben, Milchsäure, Jodlösungen, Jodkali-Kalomelpulver, Jodkali-Wasserstofflösung usw. besteht die Schwierigkeit, die Medikamente auf dem Erkrankungsherde zu fixieren; die eingelegten Tampons reizen natürlich stark und die einsetzende Sekretion spült die Salben und Pulver von der Schleimhaut herunter. Außerdem ist die Applikation fast stets eine so schmerzhafte, auch nach Anästhesierung, daß die Patienten bald darauf verzichten.

Die Anwendung filtrierter penetrierender Röntgenstrahlen auf die Außenseite der Nase hat den großen Nachteil, daß die gesunden Teile mitgetroffen werden und eine Atrophie der ganzen Schleimhaut gelegentlich mit in Kauf genommen werden muß.

Digitized by Google

Seit einem Jahre bin ich denn dazu übergegangen, die Nasenschleimhaut mit ultravioletten Lichtstrahlen zu behandeln. Nach sorgfältiger Reinigung der Schleimhaut führe ich einen für zahnärztliche Zwecke angegebenen gebogenen Quarzstab von 100 mm Länge und 12 mm Dicke in die betreffende Nasenöffnung ein, natürlich so, daß das vorn austretende Licht auf den Lupusherd fällt, bringe die Kromayersche Quarzlampe mit Blauscheibe armiert zum Zünden und stecke dann den Quarzstab in die Fassungsscheibe. Um die lästige Entzündung der hinteren Rachenschleimhaut zu vermeiden, kann man das hintere Ende der Nase durch Tampons abschließen. Anfangs habe ich die Sitzungen nur kurz genommen, 5—10 Minuten lang, später länger bis 30 Minuten. Die einsetzende Reaktion war stets gut erträglich und für die Patienten kein Grund, sich der weiteren Behandlung zu entziehen. Die Erfolge dieser Behandlung mit Quarzlicht sind so gute, daß ich dieselbe nur empfehlen kann, Schädigungen der Schleimhaut habe ich nicht beobachtet und besteht kein Grund anzunehmen, daß solche eintreten können; man kann nur bessern, aber nichts verderben.

Die Beobachtung der guten Resultate und die Tatsache, daß die endonasale Applikation der ultravioletten Lichtstrahlen anscheinend kaum Verbreitung gefunden hat, veranlaßt mich, diese Methode weiter zu empfehlen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Archives of Dermatology and Syphilology.

Mai 1922, Bd. 5, H. 5.

Die pathologische Histologie von Gelenkauswüchsen der Haut (The Pathologic Histology of Synovial Lesions of the Skin), von G. M. Mac Kee und G. C. Andrews-New York. S. 561—565. Erwiderung auf die Arbeit von D. W. Montgomery und G. D. Culver (The Pathologic Anatomy of Synovial Lesions of the Skin, Arch. of Derm. and Syph., 1922, Bd. 5, S. 329), die behauptet hatten, daß die Läsion ein Papillom oder eine Warze sei, die kolloide Degeneration erfahren habe. Diese Behauptung wird auf Grund röntgenologischer und histologischer Befunde widerlegt, die eine Verbindung mit dem darunter gelegenen Gelenk nachweisen konnten. Auch die Empfehlung des Radiums an Stelle der Röntgenstrahlen wird angegriffen.

Die Wassermannsche Reaktion, ausgeführt mit Schankerflüssigkeit, bedeutet eine Hilfe bei der Frühdiagnose der Syphilis (The Wassermann Test Performed with Chancre Fluid as an Aid to the Early Diagnosis of Syphilis), von J. V. Klauder und J. A. Kolmer-Philadelphia. S. 566—669. Die Verff. teilen ihre Ergebnisse mit, die sie erlangten, wenn die WR mit dem von der Oberfläche des Schankers gewonnenen — gegebenenfalls verdünnten — Sekret ausgeführt wurde, indem sie auf seinen Wert als eine Beihilfe für die Frühdiagnose der Syphilis aufmerksam machen besonders in Schankerfällen, wo die Dunkelfelduntersuchung negativ ausgefallen und der Blutbefund noch nicht positiv geworden ist. Aus der Tatsache, daß eine positive WR mit dem Schankersekret erlangt wurde, bevor die Reaktion im Blute positiv wurde, folgern die Verff., daß der komplementbindende Antikörper nicht aus dem Blute stamme, sondern daß die Drüsen enthaltenden Substanzen an Ort und Stelle gebildet würden.

Eine einfache quantitative Ausflockungsreaktion bei Syphilis. Vorläufige Mitteilung (Precipitation Reaction for Syphilis. Preliminary Communication), von R. L. Kahn-Lansing, Mich. S. 570—578. Ähnelt mit geringen Abweichungen den Methoden von Sachs-Georgi, Meinicke u. a. und gibt nach Behauptung des Verf. namentlich bei Syphilis hereditaria und in behandelten Fällen von Syphilis schärfere Ausschläge als die WR.

Lichen planus bei einem Ehemann und seiner Frau (Lichen Planus in a Husband and Wife), von S. Feldman-New York. S. 584—585. Da die Ehegatten ununterbrochen in ehelicher Gemeinschaft gelebt hatten und das Leiden bei der Frau

Digitized by Google

8 Monate nach dem Beginn der Erkrankung des Mannes in die Erscheinung getreten war, so war, zumal bei der auffallenden Ähnlichkeit des Krankheitsverlaufes bei beiden, an eine infektiöse Ätiologie des Leidens zu denken.

Bericht eines Falles von Sklerodermie nach einer Nervenverletzung (Scleroderma Following Nerve Injury (Report of a Case), von L. B. Kingery-Ann Arb., Mich. S. 579—583. Bei einem 26jähr. Studenten wurde wegen eines Wurzelabszesses an dem ersten linken unteren Mahlzahn, der sich in das Zahnfleisch ausbreitete, eine Extraktion des Zahnes nach vorangegangener örtlicher Betäubung (Prokain) vorgenommen, die sehr intensiv gewesen sein soll. Einige Zeit danach zeigte sich dem Sitze des extrahierten Zahnes gegenüber an der Wange ein kleiner pigmentloser Fleck, etwa in der Mitte zwischen Mundwinkel und äußerem Ohr. Diese Depigmentation schritt recht schnell vor, und nach 4 oder 5 Wochen war die Hälfte der linken Seite des Gesichts in Mitleidenschaft gezogen. Klinisch und histologisch (Zellinfiltrate waren allerdings noch vorhanden) handelte es sich um Sklerodermie. Wenn schon die histologische Untersuchung aus äußeren Gründen über das Verhalten der Nervenfasern unglücklicherweise nichts aussagen konnte (nur Negatives), so konnte man dennoch im Hinblick auf die Vorgeschichte des Falles und den Verlauf sich der Ansicht nicht verschließen, daß ein neurogenes Moment bei der Entstehung der Hautveränderung eine Rolle spielte.

Unspezifische Eiweißtherapie (Nonspecific Protein Therapy), von E. Ahlswede-Hamburg. S. 586—588. Die Einspritzungen von keim- und toxinfreiem Milcheiweiß sind bei allen örtlichen und generalisierten Infektionen angezeigt, wie akuter und chronischer Staphylokokkose der Haut (Furunkulose, Pyodermie usw.), bei oberflächlicher und tiefer Trichophytie, bei Bubonen, bei blennorrhoischen Komplikationen, Karbunkeln und Fällen von chronischer Eiterung. Ferner bei Fällen von akuten Infektionskrankheiten und Anämien. Sie werden am besten, ähnlich wie die Quecksilbereinspritzungen, in die Hinterbacken gemacht unter Vermeidung der Blutgefäße. Was die Zahl der Injektionen und den Zwischenraum zwischen ihnen anlangt, so lassen sich keine festen und sicheren Vorschriften aufstellen.

Dermatitis nach Anwendung von Ol. citronellae (Dermatitis Caused by Oil of Citronella), von C. G. Lane-Boston. S. 589—590. Das in tropischen Gegenden zum Schutze gegen Moskitos angewandte Handelsprodukt „Citronellöl" wird gewonnen durch Destillation aus einem aus Wurzel, Blättern und hauptsächlich Ährchen von Andropogon nardum erzeugten flüchtigen Öle; die Pflanze ist eine tropische Grasart aus der Gruppe des Zuckerrohrs und der Hirse, chemisch enthält sie verschiedene aromatische Öle, das wirksame Prinzip von ihnen wird Citronellol genannt. Bei einer jungen Frau, die sich damit die Vorderarme eingerieben hatte, entstand unter Brennen und Jucken an den Armen und im Gesicht eine Dermatitis leichter Art, die unter Behandlung mit milden Waschungen sich schnell zurückbildete. Derartige schädliche Wirkungen sind sonst dem Verf. nicht bekannt geworden.

Mitteilung eines Falles von Hyalom (Pseudokolloides Milium oder ulzeröses Kolloidom?), das ein morpheiformes Epitheliom vortäuschte (A Hyaloma [Pseudocolloid Milium or Colloidoma Ulcerosum?], Simulating Morpheiform Epithelioma. Report of a Case), von R. Ruedemann-Rochester, Minn. S. 591—596. Bei einem 36jähr. Fräulein fand sich an der linken Wange (zwischen Mundwinkel und Regio zygomatica) eine Hautveränderung, die einem morpheiformen Epitheliom glich und auch als solches diagnostiziert worden war. Die pathologische Untersuchung schien aber dafür zu sprechen, daß es sich um eine ungewöhnliche klinische Art von kolloider Entartung des Bindegewebes handelte, die vielleicht am besten als ein Hyalom zu bezeichnen war. Der Entartung war ein sich langsam ausbreitender entzündlicher Prozeß vorausgegangen, an den sich Atrophie und Schwund von weichem hyalinen oder kolloidem Gewebe anschloß, möglicherweise als Folge der Tätigkeit von Makrophagen, obwohl dieser Punkt als nicht völlig bestätigt anzusehen war.

Granuloma inguinale (Ulcerating Granuloma), von M. B. Paronnagian und H. Goodman-New York. S. 597—601. Mitteilung eines seltenen Falles dieser Krankheit bei einem syphilitischen Patienten, bei dem besonders folgende Punkte erwähnenswert waren: Es handelte sich um einen 31jährigen Weißen, geboren und erzogen in der Stadt New York. Er hatte zweifellos latente tertiäre Syphilis und litt an geschwürigen Granulomen mit Donovan-Körperchen an den Leistenbeugen, dem After und den umgebenden Stellen, mit Narbenbildung, Ödem der Glieder und des Hodensacks. Dazu zeigten sich ähnliche Stellen an der Oberlippe und der rechten Halsseite. Auch hatte er eine glatte, glänzende Atrophie an der Zunge.

Digitized by Google

Nagelverdickung und Schilddrüsenbehandlung (Onychauxis and Thyroid Therapy), von H. E. Alderson-San Francisco. S. 602—603. Eine Frau mit Onychauxis, besonders an den Fingernägeln, die sonst nur noch geringe Anzeichen von Hypothyreoidismus bot, wurde mit Schilddrüsenextrakt behandelt, wonach nicht nur an den Nägeln Heilung, sondern auch sonst eine auffallende Besserung eintrat.

Pityriasis versicolor des Gesichts (Tinea Versicolor of the Face), von D. M. Sidlick und E. F. Corson-Philadelphia. S. 604—606. Es wird über einen außerhalb der Tropengegend beobachteten Fall von Pityriasis versicolor berichtet, wo auch an unbedeckten Stellen des Körpers die Pilzerkrankung sich zeigte.

Über Diachylonsalbe (The Question of Diachylon Ointment), von D. W. Montgomery und G. D. Culver-San Francisco. S. 607—610. Pharmakologische Fragen bezüglich Zusammensetzung usw., sowie zweckmäßige Anwendungsweise der Diachylonsalbe.

Über den Wert der Luetinreaktionen mit dem Handelsfabrikat (Value of Tests with Commercial Luetin), von E. Alderson-San Francisco. S. 610—618. Bei seinen Versuchen beobachtete Verf. an klinisch und serologisch offenbar positiven Fällen so häufiges Versagen des Luetin, daß er der Befürchtung Ausdruck gibt, das im offenen Handel käufliche Luetin sei zu abgeschwächt, um mit Erfolg benutzt zu werden. Er hofft, daß die zuständigen Körperschaften sich mit dieser Frage weiter beschäftigen werden.

Ungewöhnliche Fälle von Herpes zoster, gleichzeitig an Supraorbitalis und am Thorakalsegment einseitig auftretend (Unusual Cases of Herpes Zoster, Including Simultaneous Unilateral Supraorbital and Thoracic Eruption), von E. F. Corson und F. C. Knowles-Philadelphia. S. 619—622. In dem ersten der mitgeteilten Fälle handelte es sich um Herpes zoster (wahrscheinlich durch Arsen hervorgerufen) im Bereiche des 6. Thorakalsegments, kombiniert mit Herpes zoster im Bereiche des Nervus supraorbitalis; im anderen Falle — eine recht seltene Kombination — um Herpes zoster an der linken Gesichtsseite (mit Lähmung verbunden) und in der linken Supraklavikular-, Intraklavikular- und Supraskapulargegend (4. Zervikalis). In solchen Fällen von Herpes zoster, die mit Gesichtslähmung vergesellschaftet sind, ist bei Autopsie durchweg eine Entzündung des Ganglion geniculatum festgestellt worden; in diesen Fällen waren die befallenen sensorischen Ganglien der 3. und 4. Zervikalis. Gelegentlich werden zwei Ganglien gleichzeitig betroffen.

Juni 1922, Bd. 5, H. 6.

Beitrag zum Studium des Trichophyton purpureum Bang, des Trichophyton interdigitale Priestley und des Trichophyton „β" Hodges, sowie des Trichophyton „α" und des Trichophyton „β" des Verfassers (Contribution to the Study of Trichophyton purpureum Bang, Trichophyton interdigitale Priestley and Trichophyton „β" Hodges, also on Trichophyton „α" and Trichophyton „β" of the Autor), von M. Ota-Mukden, Manschurei. S. 693—713. Verf. kommt nach Prüfung der Literatur sowie auf Grund eigener Pilzforschungen zu den nachfolgenden Schlußsätzen. 1. Trichophyton purpureum Bang, Epidermophyton Castellani, Trichophyton A. Hodges und wahrscheinlich auch Trichophyton rubidum Priestley sind identisch; und weil sie von dem Ektothrixtyp sind, so würden sie besser Trichophyton als Epidermophyton zu nennen sein. 2. Die Trichophytonart, die Hodges vorläufig Trichophyton gypseum, Abart 2, genannt hat, ist höchstwahrscheinlich identisch mit Trichophyton Priestley und einem Trichophyton, das Verf. vorläufig als Trichophyton gypseum, Abart C, bezeichnet hat. Da Priestley als erster diese Art benannt hat, so ist es nur Recht, sie nach Priestley als Trichophyton interdigitale Priestley zu bezeichnen. 3. Es gibt verschiedene Varietäten von Trichophyton interdigitale (Kaufmann-Wolff und Kurt von Graffenried). Verf. selbst hatte drei Fälle von diesem und nennt es einstweilen Trichophyton gypseum. Abart 3. Zweitens das vom Verf. vorläufig Trichophyton gypseum, Abart 4 genannte. Dieses erinnert in mancher Hinsicht an Trichophyton lacticolor, indessen fiel der Tierversuch negativ aus. 4. Die noch nicht identifizierten Trichophyta, die Verf. von Trichophytie an der unbehaarten Haut gewann und die sich als großsporige Ektothrix darstellten, teilt er in zwei Gruppen ein: a) Trichophyton α, das niemals am Boden der Kulturen purpurrote Färbung aufweist, und b) Trichophyton β, das diese Eigenschaft besitzt. 5. Trichophyton β Hodges erinnert etwas an Trichophyton gypseum, Abart 4, aber in den wichtigsten Eigenschaften scheint es doch mehr zu Trichophyton β Beziehung zu haben. Über diese drei Trichophyta ist noch gründlichere Beobachtung erforderlich.

Digitized by Google

Versuche über die verschiedene Empfindlichkeit gegen Giftsumach (Experiments on the Variability in Susceptibility to Poison Ivy), von E. D. Brown-Minneapolis. S. 714—722. Es handelt sich um die Rhus-Dermatitis. Bei verschiedenen Personen ist die Empfänglichkeit verschieden, und bei derselben Person kann die Empfänglichkeit veränderlich sein. Die Inkubationszeit beträgt 5 Stunden bis 8 Tage. Der Ausschlag kann sich vermittels der Hände oder Kleider von der Ausgangsstelle aus über den Körper verbreiten. Der Inhalt der Bläschen selbst enthält nicht das Gift. Es gibt für dieses keine Unempfänglichkeit. Die Übertragung des Giftes erfolgt wahrscheinlich durch Insekten, nicht direkt durch Blütenstaub oder Pollen.

Neurorezidive nach Arsphenaminbehandlung (Neurorecurrences Following Treatment with Arsphenamin), von E. L. Zimmermann-Baltimore. S. 723—733. Es wird über eine Reihe von 39 Fällen tabellarisch berichtet und ihre Symptomatologie, Vorgeschichte und Prognose besprochen. In bezug auf ihre Pathologie zerfallen sie in zwei Arten: der Prozeß ist entweder diffus meningovaskulär oder auf eine oder mehrere Enderscheinungen beschränkt. Im ersteren Falle ist die Rückenmarksflüssigkeit stets verändert, im letzteren kann sie deutliche Veränderungen zeigen oder auch völlig regelrecht sein. Was die Prophylaxe anlangt, so hängt sie ab von einer gründlichen Hg-Behandlung, und zwar scheint es unwesentlich zu sein, ob sie während oder unmittelbar nach der Salvarsanverabreichung vorgenommen wird.

Eine einfache quantitative Ausflockungsreaktion bei Syphilis (A Simple Quantitative Precipitation Reaction for Syphilis), von R. L. Kahn-Lansing, Mich. S. 734—743. Diese Arbeit ist die Fortsetzung der im vorigen Hefte unter dem gleichen Titel veröffentlichten und beschäftigt sich des weiteren mit technischen Einzelheiten der Reaktion.

Juckpunkte (Itching Points [Puncta Pruritica]), von N. Toomey-St. Louis. S. 744 bis 747. Bietet kein besonderes Interesse.

Radium bei der Behandlung von Warzen, die unter dem Nagel sitzen (Radium in the Treatment of Subungual Verrucae), von S. Ayres jr.-Los Angeles. S. 748—749. Die Vorteile dieser Behandlung sind: Schmerzlosigkeit, keine Funktionsstörung, Vermeidung der Sekundärinfektion, gründliche Beseitigung und vollendet gutes kosmetisches Ergebnis.

Verrucae planae juvenilis, von J. B. de Medina-Madrid (Spanien). S. 750. Es wird berichtet über einen Fall von Verrucae planae juveniles bei einer 26jähr. Frau, deren Warzen mit Salizylkollodium nur auf dem Handrücken beseitigt wurden, wonach die Stellen auch an den übrigen Körperteilen von selbst verschwanden.

E. Ahrens-Hamburg.

Réunion Dermatologique de Strasbourg.

Sitzung vom 14. Mai 1922.

L. Brocq: **Über die Rolle der Mikroben-Infektionen in der Pathogenese gewisser, auf tardiven Röntgendermatitiden zur Entwicklung gelangenden Ulzerationen** (Du rôle des infections microbiennes dans la pathogénie de certaines ulcérations qui se développent sur les radiodermites tardives). Ein Teil der Ulzerationen, die sich auf tardiven Röntgendermatitiden entwickeln, kommt durch Infektionen seitens banaler Hautmikroben infolge des durch die Röntgenschädigung herabgesetzten Widerstandes der Haut zustande; dieser Entstehungsmodus erscheint besonders deutlich, wenn es sich um das Auftreten brandiger Geschwüre handelt.

L. M. Pautrier: **Bowensche präkanzeröse Dermatose** (Dermatose précancéreuse de Bowen). Seit 20 Jahren bestehende Dermatose, die an einzelnen Stellen an Psoriasis, an anderen an tertiäre, papulo-krustöse Syphilide, an Parakeratosis psoriasiformis, an Lupus erythematodes erinnert, läßt schon durch diese Vielgestaltigkeit an die richtige Diagnose denken; das dauernde Bestehenbleiben und allmähliche Wachsen der einmal gebildeten Plaques sowie das Versagen jeglicher externen Therapie macht die Diagnose sicher.

Payenneville: **Zwei Fälle von chronischer, zirkumskripter, knötchenförmiger Lichenifikation (Lichen obtusus corneus) serienweise in einer Familie** (Deux cas de lichénification nodulaire circonscrite chronica [lichen obtusus corné] en série familiale). Bei Mutter und Tochter an Armen und Beinen zunächst längere Zeit bestehendes intensives Jucken, dann Auftreten von Knötchen, die histologisch das Bild der Lichenifikation,

Digitized by Google

nicht von Lichen-Papeln geben. Besserung durch Salvarsanbehandlung. Danach sind derartige Fälle als anormale Lichenifikationen, nicht als Lichen aufzufassen.

R. Simon: **Ein Fall von atypischer Recklinghausenscher Krankheit** (Un cas de maladie de Recklinghausen atypique). Ausgedehnte Geschwulstbildung am Halse, außerdem nur vereinzelte Tumoren, zahlreiche Pigmentflecke am ganzen Körper, Verkrümmung der Wirbelsäule. Die Erscheinungen gleichen mehr denen eines plexiformen Neuroms, doch sind dieses sowie die Recklinghausensche Krankheit eng zusammengehörig und eine Entwicklung der letzteren aus der ersten schon mehrfach beschrieben. Histologisch fand sich an dem einen exstirpierten Tumor beginnende Sarkomatose.

J. Rorderer: **Recklinghausensche Krankheit mit multipler Insuffizienz endokriner Drüsen** (Maladie de Recklinghausen avec insuffisance polyglandulaire). Neben typischen Erscheinungen der Recklinghausenschen Krankheit finden sich Störungen von seiten mehrerer endokriner Drüsen: Insuffizienz der Nebennieren (Blutdruck 105/70), stark hypoplastische Thyreoidea, Beteiligung der Hypophysis (leichte Ermüdbarkeit, Akroasphyxie). Die Behandlung soll eine entsprechende mit Organpräparaten sein.

O. Eliascheff: **Fall von kongenitaler tertiärer Syphilis des Zwischenkiefers** (Un cas de syphilis héréditaire du bourgeon incisif). Es bestand gleichzeitig Zurückbleiben der Dentition, indem die vier Inzisivi im Alter von 10 Jahren noch Milchzähne waren.

L. M. Pautrier und Zimmerlin: **Primäraffekt der Stirn mit umgebendem Syphilom** (Chancre syphilitique du front, avec syphilome péri-chancreux). Um einen fünffrankstückgroßen Schanker an der Stirn, dessen Entstehung auf das Tragen einer Maske und einer Perücke bei einem Maskenfest zurückgeführt wird, fand sich in einer Ausdehnung von 5—8 cm die Haut dunkel kupferfarben, infiltriert, stellenweise mit Krusten bedeckt, so daß man zunächst die Affektion für eine gummöse halten konnte. Es fand sich jedoch gleichzeitig ein ausgebreitetes Syphilid am ganzen Körper. Nach Brocq sind derartige perischankröse Infiltrationen, die tertiär erscheinen, in der Umgebung extragenitaler Sklerosen nicht selten.

Sitzung vom 9. Juli 1922.

A. Hanns und A. Weiss: **Adenogenes venerisches Geschwür** (Ulcère vénérien adénogène). Die Erscheinungen entsprechen dem typischen Bilde der Erkrankung: starke Schwellung der Leistendrüsen, stellenweise erweichend, in der Gegend des Frenulums kleine stecknadelkopfgroße Erosionen. Fieber. WR positiv, bei späterer Untersuchung negativ, was auch mit der öfter beobachteten Tatsache übereinstimmt, daß die positive Reaktion nur während des akuten Stadiums besteht. Über die Behandlung der Krankheit gehen die Ansichten sehr auseinander (Emetin, intravenöse Einspritzungen von Lugolscher Lösung, Röntgen); hier wurde zunächst chirurgisch behandelt.

L. M. Pautrier und Hügel: **Generalisierte Nävuserkrankung vom Typus papillarer, pigmentierter Dystrophie (Acanthosis nigricans) und zerstreuter pigmentierter und warziger Nävi am ganzen Körper** (Maladie naevique généralisée à type de dystrophie papillaire et pigmentaire [acanthosis nigricans] et de naevi pigmentaires et verruqueux sur tout le corps). Es handelt sich um einen auf dem Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Straßburg im Mai 1898 von Wolff als Acanthosis nigricans vorgestellten Fall, dessen Erscheinungen seitdem noch bedeutend zugenommen und sich in verschiedener Weise variiert haben. Die Erscheinungen finden sich zu vielen Hunderten über den ganzen Körper zerstreut, auch außerhalb der Prädilektionsstellen der Acanthosis nigricans. Es handelt sich um Lentigines (so zahlreich, daß man von einer Melanosis lenticularis progressiva sprechen könnte), weiche verruköse, tuberöse Nävi, fast alle hyperpigmentiert, teils isoliert, teils konfluiert, Fibroma molluscum, pendulum, im allgemeinen von kleinen Dimensionen, gestielt, weich, von hellerer Farbe; verruköse, pachydermische, eine Art Panzer bildende Läsionen (harter, verruköser, hyperkeratotischer, systematisierter Nävus), Läsionen der Dystrophia papillaris pigmentosa, regionär an Hals, Nacken, Achselhöhlen, Geschlechtsteilen.

L. M. Pautrier und J. Rorderer: **Miliares disseminiertes Lupoid des Gesichts** (Lupoide miliaire disséminée du visage). Ziemlich schnell um sich greifende Entwicklung einer im Gesicht mit besonderer Vorliebe für Nase, Oberlippe, Kinn lokalisierten Affektion, die nach außen von der Mittellinie spärlicher wird, bestehend aus kleinen rundlichen, fast kugeligen Papeln von der Größe eines Stecknadelkopfes bis zu der eines Bleikornes, beim Berühren sich hart anfühlend, von vorn gesehen weinrot, von der Seite gelblich,

Digitized by Google

auf Glasdruck braun. Die Schleimhäute sind frei. Histologisch ergibt sich ein tuberkuloides Gewebe, doch entspricht das Bild nicht völlig dem gewöhnlichen des Boeckschen Sarkoids (das vielmehr aus engeren, weniger voluminösen Zügen eines hauptsächlich aus Rasen epithelioider Zellen zusammengesetzten Infiltrates gebildet wird) als gewissen Bildern, die man bei subkutanen Sarkoiden sieht. Trotzdem ist klinisch an der Diagnose eines miliaren disseminierten Lupoids festzuhalten, da hierunter ja doch keine wirkliche einheitliche Krankheit verstanden wird und die sonst differentialdiagnostisch in Betracht kommenden miliaren lichenoiden Syphilide oder das Adenoma sebaceum Typus Pringle abzulehnen sind.

G. Hügel: **Fall von „Lichen scrofulosorum" mit plaqueförmigen Elementen** (Un cas de „lichen scrofulosorum" avec éléments en plaques). Außer den gewöhnlichen Erscheinungen finden sich am linken Unterarm und der linken Gesäßhälfte je ein umfangreicher Plaque, in deren Umgebung sich zahlreiche kleine Lichen-scrofulosorum-Papeln finden, so daß es sicher erscheint, daß die Plaques aus der Anhäufung und dem Zusammenfließen solcher entstanden sind, besonders da die vollkommen trockene, schuppende Oberfläche sie von dem nach Boeck nur bei Lichen scrofulosorum vorkommenden stets stark nässenden Eczema scrofulosorum unterscheidet.

H. Mandel: **Fall von atypischer Epidermolysis bullosa** (Un cas d'épidermolyse bulleuse atypique). Zuerst im Alter von 38 Jahren, dann 7 Jahre später auf Traumen an den Handrücken auftretende Blasen. Keine Erscheinungen an anderen Stellen des Körpers, keine Heredität. Zwischen den Blasen Epidermiszysten, keine Hautatrophie.

R. Scheffer: **Riesenschanker des Collum uteri, ein Epitheliom vortäuschend** (Chancre géant du col utérin simulant un épithélioma). Umfangreiche Ulzeration, die von einer Wucherung von der Größe einer großen Nuß bedeckt ist; harte Infiltration des Kollums, bis in das linke Parametrium reichend. Am linken kleinen Labium eine kleine, kaum linsengroße, kaum infiltrierte Ulzeration mit glatten Rändern, belegtem Grunde. In dieser wurden nach mehrfachen Versuchen Spirochäten gefunden, dagegen nicht in der Affektion der Portio. Auf kombinierte Behandlung schnelles Verschwinden der Erscheinungen.

L. M. Pautrier und Rietmann: **Epidemie von 100 Fällen generalisierter Epidermophytie, hervorgerufen durch das „Trichophytum granulosum"** (Epidémie de cent cas d'épidermophytie généralisée due au „Trichophyton granulosum"). Die Epidemie war in einer Irrenanstalt aufgetreten, in der sie sich rapide verbreitete. Die Fälle zeigten klinisch ein sehr verschiedenes Aussehen, einige glichen einer Parakeratosis psoriasiformis. Der Beginn war häufig in der Inguinalgegend. Typische frische Effloreszenzen in Form blaßroter rundlicher Scheiben mit lebhafter gerötetem, erhabenem, mit Bläschen besetztem Rande konnten beobachtet werden. Die Kulturen ergaben einen einwandfreien, von Sabouraud bestätigten Befund. Die Epidemie widerspricht dessen bisherigen Anschauungen, daß die Repräsentanten von Trichophyton gypseum wesentlich tierische Parasiten sind, und daß beim Menschen nur vereinzelte von Haustieren übertragene Fälle, keine Epidemien vorkommen. Ferner waren diese Keime bisher als pyogen, als Erreger von Kerion, Sykosis betrachtet worden, während es sich in der vorliegenden Epidemie nur um oberflächliche Herde handelte und die Haare völlig frei befunden wurden. Durch Trichophyton granulosum auf der menschlichen Haut hervorgerufene Erscheinungen waren bis in die letzte Zeit fast unbekannt; erst nachträglich haben die Verff. von ähnlichen Befunden in Deutschland (Gutmann, Fischer) Kenntnis erhalten.

L. M. Pautrier und Rietmann: **Sieben Fälle nicht eitriger Hauttrichophytien, durch Trichophyton granulosum hervorgerufen** (Sept cas de Trichophyties cutanées non suppurées, dues au Trichophyton granulosum). Sieben weitere Fälle, von denen drei mit der vorher beschriebenen Epidemie insofern in Zusammenhang standen, als sie Frauen betrafen, die im Laboratorium mit dem Reinigen der zu den Kulturen benutzten Gläser beschäftigt waren. E. Levin-Berlin.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 6. Juli 1922.

Milian und Rivalier: **Hautgangrän am Bein** (Gangrène cutanée de la jambe). Die sehr charakteristische ausgedehnte, serpiginöse Gangrän ließ sich in ganz gleicher Form auf ein Kaninchen überimpfen, ebenso auch durch auf Bouillon gewonnene Kulturen erzeugen.

Digitized by Google

G. Milian und Lelong: **Psoriatische Erythrodermia exfoliativa** (Erythrodermie exfoliante psoriasique). **Akut aufgetretene universelle erythro-squamöse Eruption; außerdem an einzelnen Stellen typische Psoriasisplaques. Chrysarobin hatte vorzüglichen Erfolg.** Darier hält die Fälle nicht für selten und hat sie auch histologisch als Psoriasis erkannt.

Hudelo, Oury und Cailliau: **Hidradenome éruptif in einem Plaque am Rücken** (Hidradénome éruptif en placard dorsal). Das Besondere des Falles liegt in dem dorsalen Sitze der Läsion und dem zu einem chagrinartigen Plaque erfolgten Zusammenfließen der sonst gewöhnlich voneinander getrennten einzelnen Effloreszenzen. Es handelt sich wahrscheinlich um einen Nävus.

Hudelo, Oury und Cailliau: **Recklinghausensche Krankheit. Dermofibromatose mit pseudo-atrophischen Plaques** (Maladie de Recklinghausen. Dermofibromatose avec plaques pseudo-atrophiques). Fall von Recklinghausenscher Krankheit vom dermofibromatösen Typus, ohne nachweisbare Neuro-Fibromatose, dessen Besonderheit im Auftreten pseudo-atrophischer Prozesse, die an gewissen Stellen die in der Entwicklung begriffenen Fibrome komplizieren. Es scheint, als ob diese, indem sie sich in die Tiefe erstrecken, anstatt über die Oberfläche hervorzuspringen, die sie bedeckenden Hautschichten mit sich gezogen haben.

Georges Bourguignon: **Behandlung fehlerhafter adhärenter und keloidartiger Narben mit Kaliumjodür-Ionisation** (Traitement des cicatrices vicieuses, adhérentes et cheloidiennes par l'inoisation d'iodure de potassium). Im ersten Falle handelte es sich um eine Narbe am Ellbogen nach einer Schnittverletzung, die adhärent war und zu einer völligen Lähmung des Kubitalnerven mit Anästhesie und Muskelatrophie geführt hatte; im zweiten Falle um ausgedehnte keloidartige Narben nach Verbrennung. Die außerordentlich günstigen Erfolge der Ionisierungsbehandlung führt B. auf die von ihm angewandte, von der bisherigen abweichende Technik zurück, und zwar möglichst kleine, nur eben den Rand der zu behandelnden Affektion deckende, einander möglichst weit genäherte Elektroden. Dabei kann die Intensität nicht sehr gesteigert werden, höchstens auf 10—15 MA; mit geringer Intensität sind die Resultate besser. Es findet auch eine Distanzwirkung statt, indem beim Vorhandensein mehrfacher Läsionen bei Behandlung einer von ihnen auch die anderen sich bessern. Unter Umständen kann zur völligen Beseitigung eine Nachbehandlung mit einigen Röntgenbestrahlungen erforderlich sein.

Jeanselme, Georges Bourguignon und Jean Lucas: **Behandlung der Sklerodermien mit Kaliumjodür-Ionisation** (Traitement des sclérodermies par l'ionisation d'iodure de potassium). Drei Fälle: Sclerodermie en bandes, Sclerodermie en plaques, Sklerodaktylie. Die Behandlung geschah nach denselben Prinzipien wie bei den Narben. Auch hier konnte die Besserung nicht behandelter Stellen gleichzeitig mit den behandelten beobachtet werden. Die Behandlung erfordert längere Zeit, doch ist dies bei der bekannten Hartnäckigkeit dieser Affektionen nicht verwunderlich. Es wurde völlige Heilung, auch der trophischen Störungen und bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens erzielt. Über die Ausscheidung des Jods werden eingehende Angaben gemacht, Jodismus wurde nicht beobachtet.

Lortat-Jacob, P. Legrain und E. Baudouin: **Sclerodermie en plaque mit diffuser, symmetrischer Melanodermie und Lympozytose im Lumbalpunktat** (Sclérodermie en plaques avec mélanodermie diffuse symétrique et lymphocytose céphalorachidienne). Die Melanodermie nimmt den Rücken bis herab zu den Oberschenkeln, den unteren Abschnitt des Thorax und den Leib ein, sie ist fast im ganzen Verlaufe ihrer Ausdehnung im Gefolge von Sklerodermie-Läsionen entstanden. Es liegt nahe, die Hautaffektion und die Lymphozytose (16,4 Lymphozyten im ccm) auf eine gleiche Ursache zu beziehen. Lues liegt nicht vor.

Arnauld Tzanck: **Behandlung nässender Hautkrankheiten mit Alkohol-Dunstverbänden** (Traitement de l'exosérose par les pansements alcoolisés occlusifs). Für die akuten, generalisierten Ekzeme genügt sie nicht, dagegen sind die Erfolge (besonders schwindet das Jucken sofort) sehr ermutigend bei chronischen lokalisierten Ekzemen, gewerblichen Ekzemen des Handrückens, Neurodermitis.

Marcel Vignat: **Kryokauter mit direkter automatischer Ladung** (Cryocautère se chargeant directement et automatiquement). Apparat zur Kohlensäureschneebehandlung. Prioritätsansprüche von Lortat-Jacob.

Besprechung über die Mitteilung der Herren Jeanselme, Pomaret und Marcel Bloch über die mit der Anwendung intramuskulärer Einspritzungen von Amino-

Digitized by Google

arseno-phenol bei der Behandlung der Syphilis erzielten allgemeinen Erfolge (Discussion de la communication de M. Jeanselme, Pomaret et Marcel Bloch, sur „Les résultats thérapeutiques généraux obtenus par l'emploi de l'amino-arséno-phénol 132 en injections intramusculaires dans le traitement de la syphilis"). Über die Vorzüge oder Nachteile der intramuskulären Anwendung dieses als „Eparséno" bezeichneten Präparates gegenüber den bisher bekannten Salvarsanpräparaten gehen die Ansichten weit auseinander.

Louis Queyrat: **Die Organisation der Ambulatorien für Syphilitiker** (L'organisation des dispensaires antisyphilitiques). Zur Durchführung eines wirksamen Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten unter Zugrundelegung der modernen Fortschritte der Therapie wird die Begründung öffentlicher Ambulatorien für Mittellose für erforderlich gehalten.

Lacapère: **Einige Versager von Arsenverbindungen bei der Behandlung der Syphilis** (Quelques échecs des arsénobenzènes dans le traitement de la syphilis). In verschiedenen Fällen versagten neuere Präparate, während weitere Behandlung mit dem alten 606 gute Erfolge gab.

Raynaud, Monpellier und A. Lacroix: **Ein Fall von Papillomen der Mundschleimhaut** (Un cas de papillomatose de la muqueuse buccale). Zahlreiche Papillome von der Größe eines Stecknadelkopfes bis zu der einer kleinen Erbse an der rechten Wangenschleimhaut eines Eingeborenen. Auf der Haut keine Warzen oder Papillome. Diese Erscheinungen sollen in Nordafrika als Folge der dort der Mundschleimhaut gewohnheitsmäßig zugeführten Reize häufig sein.

M. Raynaud, J. Monpellier, A. Lacroix: **Generalisierte pityriasiforme Erythrodermie tuberkulösen Ursprungs** (Erythrodermie pityriasique généralisée, d'origine tuberculeuse). Mehrfach wiederholte Ausbrüche eines universellen leicht dunkeln Erythems mit sehr geringer Verdickung der Hautdecke und im wesentlichen kleienförmiger Abschuppung, ohne klinisch nachweisbare Hautatrophie und ohne ausgesprochene Nagelveränderungen; außerdem Prurigopapeln und ausgedehnte lichenifizierte Plaques. Bei der Sektion des Kranken fand sich eine Miliartuberkulose, die wahrscheinlich ätiologisch für die Hautaffektion in Betracht kommt.

Georges Lévy und Juster: **Nitritoide Krisen und endokrine Störungen** (Crises nitritoides et troubles endocrinines). Die Krisen fanden sich auffallend häufig bei Personen mit endokrinen Störungen, und es schien eine dementsprechende Behandlung nicht ohne Einfluß zu sein.

Troisfontaines: **Zur Präventivbehandlung der Syphilis** (A propos du traitement préventif de la syphilis). Eine Präventivbehandlung beim Nachweise des Verkehrs mit einer sicher ansteckungsfähigen Person würde nur berechtigt sein, wenn der Prozentsatz der Fälle, in denen tatsächlich eine Infektion zustande kommt, bekannt wäre; das ist jedoch nicht der Fall.

Decron und Salle: **Erythrodermie im Gefolge einer Salvarsanbehandlung. Absolute Intoleranz gegen Arsenverbindungen, sekundäre Erscheinungen im Verlaufe einer Quecksilberbehandlung. Wirksame Verwendung von Natrium-Kalium-Wismuttartrat** (Erythrodermie consécutive à un traitement par l'arsénobenzol. Intolérance absolue aux arsenicaux, accidents secondaires au cours d'un traitement mercuriel. Emploi efficace du tartrobismuthate de sodium et de potassium). Der Inhalt geht aus der Überschrift hervor. Es wird noch besonders bemerkt, daß Erytheme im Verlaufe oder nach der Behandlung nicht als günstiges Phänomen aufgefaßt werden können.

L. Danel: **Retro-aurikuläres Granuloma annulare. Heilung mit dem Kohlensäureschnee-Stift** (Granulome annulaire rétro-auriculaire. Guérison par le crayon de neige carbonique). Glatte Heilung.

Georges Blanc und J. Caminopetros: **Beitrag zur experimentellen Untersuchung des Zoster** (Contribution à l'étude expérimentale de zona). Inokulationen mit dem Inhalte von Zosterbläschen auf das Auge, Kornea und Konjunktiva, vordere Kammer von Kaninchen, Hammel, Tauben, Haut von Kaninchen, Affen, Tauben, Dura mater von Kaninchen, Rückenmark von Kaninchen, Affen und Hunden gaben negative Resultate.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

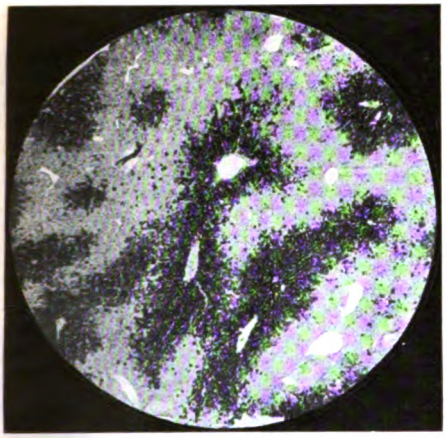


Abb. 1.

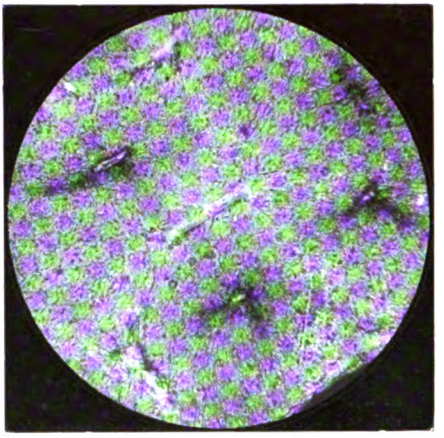


Abb. 2.

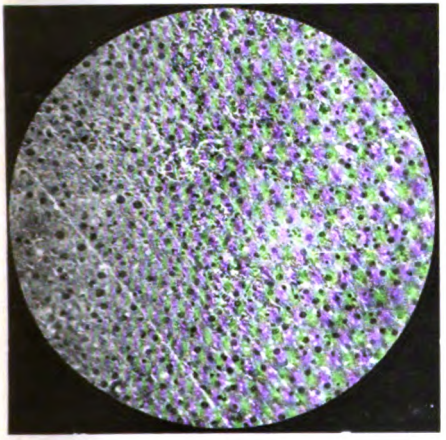


Abb. 3.

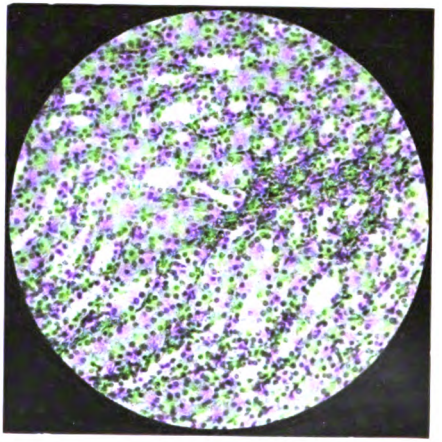


Abb. 4.

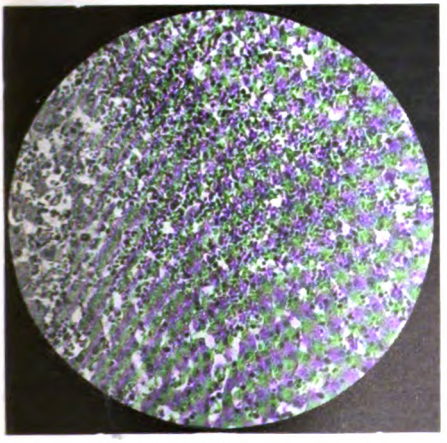


Abb. 5.

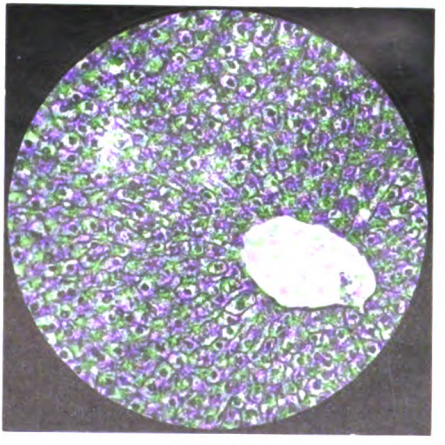


Abb. 6.

Digitized by Google

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Das röntgentherapeutische Instrumentarium, von H. Martius-Bonn. (Aus Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität, herausgegeben von Boruttau und Mann. III. Band, I. Lieferung, Klinkhardt, Leipzig 1922.) Bei der heutigen fortgeschrittenen Spezialisierung im Apparatebau entspricht die Abhandlung von Martius einem praktischen Bedürfnis. Bei den enormen Preisschwankungen ist der Käufer darauf angewiesen, Vorteil und Nachteil der verschiedenen Typen von Apparaten und Röhren gegeneinander abzuwägen und sich daher vorher darüber zu orientieren. Veraltete Apparattypen blieben unberücksichtigt. Neuerungen finden, soweit sie sich schon bewährt haben, Berücksichtigung. Das Werk ist in gesonderter Lieferung erhältlich. G. W. Unna-Hamburg.

Sonnentherapie. Die Heilung von Lupus, Hautkrebs, Fremdbildungen und anderen Hautkrankheiten durch konzentrierte Lichtstrahlen, von Maximilian Mehl-Oranienburg. (Verlag von Koslowsky, Oranienburg.) Eine 36 Seiten lange, für Laien bestimmte Broschüre. Der verstorbene Laie M. Mehl behandelte 1889 seinen bis dahin ungeheilten Lupus der äußeren und inneren Nase mit dem durch Linsen konzentrierten Sonnenlicht und heilte sich selbst und später zahlreiche andere „unheilbare" Fälle nach derselben Methode rezidivlos. Mehl beansprucht die Priorität (1889) dieser Methodik gegenüber Finsens (1903) „schwächlicher Nachahmung".
G. W. Unna-Hamburg.

Kurzes Repetitorium der Pockenkrankheit und der Vakzinationslehre, von H. A. Gins-Berlin. (Breitensteins Repetitorium Nr. 73, 1922.) Das kleine Buch wendet sich in erster Linie an die Studenten, denen es in knapper Form die wichtigsten Tatsachen über Geschichte der Pocken, Krankheitsbild, Erreger, der Impfstoffgewinnung und Impftechnik, sowie die gesetzlichen Bestimmungen vermittelt. Auch Ärzte finden in gedrängter Kürze alles Wissenswerte, um gegenüber der Gefahr des Impfgegnertums mit einer folgerichtigen Pockenbekämpfung aufklärend wirken zu können.
H. Soltmann-Leipzig.

Die Geschlechtskrankheiten, von Dr. Rau-Köln a. Rh. (Rudolphsche Verlagsanstalt, Dresden 1921. 138 Seiten.) Eine kurze Anatomie und Physiologie der Harn- und Geschlechtsorgane und die genaue allgemeinverständliche Beschreibung der Geschlechtskrankheiten, ihre Entstehung, Erscheinungen, Folgen und Behandlung ziehen den geheimnisvollen Schleier fort, soweit er bisher noch über alles Geschlechtliche ausgebreitet war. Die Kapitel über Ehe und Gonorrhoe bzw. Lues wie auch über die Schutzmaßnahmen gegen Ansteckung bringen medizinisch und wirtschaftlich zweckmäßige Ansichten, die in sittlich-kultureller Beziehung jedoch leichten Widerspruch erregen werden. Zum Schluß ist die Kurpfuscherfrage behandelt, und ihre Gefahren sind klar gekennzeichnet.
E. Dethleffsen-Heidelberg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Bakteriologie, Serologie, Hämatologie usw.

Zur Frage der Virulenzsteigerung säurefester Saprophyten durch Tierpassage, von B. Lange-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 30, S. 1000—1001.) Die Nachprüfungen ergaben, daß die Passagestämme des Frankfurter Instituts echte Tuberkelbazillen von humanem Typus sind. Eine Virulenzsteigerung säurefester Saprophyten durch Tierpassage konnte nicht erzielt werden. F. Harry-Berlin.

Untersuchungen über Ernährung, Rassenbildung und Immunität bei Streptokokken in ihren Zusammenhängen, von Max H. Kuczynski-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 28, S. 1413.) Bericht über zu obigem Thema gemachte experimentelle Untersuchungen und deren Resultate, die zu kurzer Wiedergabe nicht geeignet sind.
E. Langer-Berlin.

Tuschekulturmethode und Teilungsvorgänge bei Bakterien, von L. Adelmann-Kiel. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 5, S. 401—417.) Nach ausführlicher Beschreibung einer Anzahl von Verbesserungen der Tuschekulturmethode nach Kisskalt werden Beobachtungen über Wachstum und Teilungsvorgänge verschiedener Bakterien mitgeteilt.
F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Welche chemische Substanz baut die Polkörperchen des Diphtheriebazillus auf? von J. Schuhmacher-Berlin. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 5, S. 362—366.) Durch Färbemethoden wurde der Nachweis gebracht, daß die Polkörperchen des Diphtheriebazillus aus freier Nukleinsäure bestehen. Mit der Methylenblau-Phosphinmethode werden die Polkörperchen grün, die Bazillen gelb, mit der Methylenblau + Chinin-Eosinmethode erstere blau, letztere rot gefärbt. Beide Färbemethoden sind Reagentien zum Nachweis freier Nukleinsäure. F. Harry-Berlin.

Die Grundlagen der biologischen Desinfektionsleistung von Akridiniumfarbstoffen, insbesondere von Flavizid, von Hans Langer, Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus (Prof. Langstein). (Zschr. f. d. ges. exp. Med., 1922, Bd. 27, H. 3/4, S. 174—190.) Die bakterizide Wirkung der Glieder der Akridiniumfarbstoffreihe ist von dem Dispersitätsgrade ihrer Lösungen abhängig; und zwar führt Verminderung der Dispersität zur Wirkungssteigerung, Erhöhung zur Wirkungsverminderung. Serum- und Alkalizusatz wirken dispersitätsvermindernd, also wirkungssteigernd, Säurezusatz entsprechend entgegengesetzt. Die Wirkungsverstärkung durch Dispersitätsverminderung tritt auf bei abnehmender Diffusionsfähigkeit. Die (reversible) Entwicklungshemmung geht nicht parallel mit der Abtötungskraft. Mit Verringerung der Diffusion verringert sich die Reversibilität. — Bei kurzfristigen Abtötungsversuchen fand Verf. das Flavizid wirksamer als Salvarsan, Optochin, Vuzin u. a.; es tötet z. B. Staphylokokken innerhalb der ersten Stunde noch in der Verdünnung $^1/_{100\,000}$ bis $^1/_{1000\,000}$. Die Wirkung des Flavizid ist auf gramnegative Bazillen und auf manche Sporenbildner geringer als auf grampositive, vor allem die Eitererreger und Diphtheriebazillen, bei denen nur noch Vuzin eine ähnliche, wenn auch geringere Wirkung besitzt. Seine Reagenzglasversuche sah Verf. im Tierversuch bestätigt. Die Prüfung der toxischen Wirkung des Flavizid ergab die intravenöse Injektion als obligatorische Applikationsart, während subkutane Injektionen zu Reizerscheinungen führten. — Dosis let. für Kaninchen: 3 cg pro Kilogramm Körpergewicht. Als Dosis therap. kann man 1—3 (5) mg pro Kilogramm anwenden. Histologische Untersuchungen von wochenlang mit täglich 3 mg Flavizid intravenös gespritzten Kaninchen ergaben keine Organveränderung. Daher fühlt sich Verf. berechtigt, auch die gleiche Dosis für therapeutische Zwecke beim Menschen zu empfehlen. F. Jacobsohn-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Klinische Kapillaruntersuchungen, von K. Secher-Kopenhagen. (Acta Med. Scand., 1922, Bd. 56, Nr. 3, S. 295—317.) Die Behauptung von Weiss von dem Zusammenhang gewisser Kapillarformen und gewisser Krankheitsbilder erkennt Verf. nicht an. Verf. fand zahlreiche Abweichungen der Kapillarbilder bei gesunden Personen, andererseits natürliche Verhältnisse in Fällen, wo auf Grund der Literaturangaben Veränderungen zu erwarten waren. Auf Grund von Formveränderungen der Kapillaren lassen sich also diagnostische Schlüsse über die Art des Leidens nicht ziehen. Der Wert der Kapillaroskopie liegt erstens darin, daß sie uns die sehr große Variation der Anzahl der Kapillaren enthüllt, und zweitens, daß mit ihr die Grundlage für eine Technik der Kapillardruckmessungen geschaffen wurde, die eingehende Untersuchungen verdient. Verf. führte Untersuchungen mit dem Apparat von Kylin aus. Es zeigte sich, daß im allgemeinen der Kapillardruck in seinen Schwankungen dem systolischen Druck entspricht. In einigen Fällen fand sich Steigerung des Kapillardruckes ohne entsprechende des systolischen Druckes. Diese schwer zu erklärenden Verhältnisse rufen den Eindruck hervor, daß eine selbständige Funktion des kapillaren Systems vorhanden ist. H. Soltmann-Leipzig.

Die spezielle Vererbungspathologie der Haut, von H. W. Siemens-Breslau. (Virchows Arch., 1922, Bd. 238, H. 2, S. 200—222.) Beispiele für die dominante Vererbung: Einfache Form der Epidermolysis bullosa (Blasen heilen restlos ab) bis durch 7 Generationen beobachtet, gelegentlich werden Frauen übersprungen; Keratosis palm. et plant., regelmäßigster Typ; Porokeratosis, Vererbung in sehr verschiedenem Alter manifest; Moniletrichosis, gelegentlich Überspringen von Generationen. Nur in einer Reihe von Fällen festgestellt: Oedema acut. circumscript. Quincke; chron. Ödem; Dermatochalasis, Atherome, Talgzysten, Milien, Verrucae seniles, Lipome. Komplizierte Erblichkeitsverhältnisse liegen vor bei Albinismus localisatus, teils regelmäßig Dominanz, teils unregelmäßig dominant oder rezessiv geschlechtsgebunden. Allgemeine Scheckung ist dominant bei Mensch und vielen Haus-

Digitized by Google

tieren. Bei Hypertrichosis rezessive Vererbung, selten in familiärer Häufung. Bei Hypotrichosis unregelmäßige Dominanz. Da manche Fälle auf Störungen der inneren Sekretion beruhen, läßt sich hierbei die Erblichkeit letzterer verfolgen. Oft sind mit Haaranomalien solche der Nägel und Zähne vergesellschaftet. Hyperkeratosis unguium dominant erblich; desgl. Anonychie, Onychoatrophie, Koilonychie. Leukonychie sehr oft verbunden mit Atheromen. Ichthyosis vulgaris: Unregelmäßige Dominanz, Überspringen von Generationen. Dominante Vererbung ausnahmsweise bei Dermatitis herpetiformis Duhring, Fall Siemens, 12 Personen in 3 aufeinanderfolgenden Generationen. Hyperidrosis manuum et pedum häufig mit Keratosis palm. et plant. verbunden. Bei Xanthomatose und multiplen Teleangiektasien kommt unregelmäßige Dominanz vor, ebenso in vielen Fällen von Varizen. Eine idiotypische, unregelmäßig dominante Disposition muß bei Keloiden angenommen werden, desgl. bei Acne vulgaris, Rosacea, Toxikodermien, Sonnendermatitis, Urtikaria, Psoriasis und Lichen ruber. Rezessiv erbliche Hautleiden: Albinismus universalis, Xeroderma pigmentosum, diffuse Hautatrophie, Poikiloderma vasculare atrophicans. Xerod. pigment. besonders häufig bei Juden, ebenso andere Erbkrankheiten derselben: Albinismus universalis, Taubstummheit, Dementia praecox, amaurotische Idiotie, Epilepsie. Erklärung dafür: Häufige Verwandtenehen, bei den Ostjuden kleiner Zeugungskreis. Beispiel für Erblichkeit des Karzinoms ist das Xeroderma pigmentosum. Ichthyosis congenita und Erythrodermia ichthyosiformis congenitalis sind ebenfalls rezessive Hautleiden; bei einem Teil der Fälle auch die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa traumatica (Nagelverkrümmungen, Narben, Atrophien. Rezessiv-erbliche Formen existieren wahrscheinlich auch beim Xanthom, Pseudoxanthoma elasticum, der Reynaudschen Krankheit, umschriebenen Sklerodermie, Acanthosis nigricans juvenilis, Psammom des Hinterkopfes, Angiokeratom, Hyper-Hypotrichosis, Nagelanomalien (Häufung unter Geschwistern, elterliche Blutsverwandtschaft). Geschlechtsabhängige Vererbungen. 1. Rezessiv-geschlechtsgebundene Vererbung bei kombinierten Krankheitsbildern: a) Anidrosis + Hypotrichosis + Ozaena. b) Keratosis follicularis + Hypotrichosis + Degeneratio corneae. c) Ferner 1 Fall dystrophischer Epidermolysis bullosa + Hypotrichosis bei 7 Vettern. 2. Geschlechtsbegrenzte Vererbung, wahrscheinlich Hydroa aestivalis, meist Männer. Dominant-geschlechtsbegrenzte Vererbung: Keratosis Lambert, Alopecia pityrodes (männliches Geschlecht). Auch kompliziertere Vererbungsmodi kommen vor: 1. Abhängigkeit mehrerer Merkmale von einer Erbanlage, kann bei jedem Vererbungmodus angetroffen werden. 2. Abhängigkeit eines pathologischen Merkmals von mehreren Erbanlagen: Hyperthelie, Fistula colli congenita, Naevi chondrosi (knorpelhaltige Hautanhänge vor dem Ohr, Siemens); manche Naevi. Besondere Komplikationen im Erbgang weisen auf die Darierssche Krankheit, die Recklinghausensche Krankheit und die tuberöse Hirnsklerose.

H. Soltmann-Leipzig.

Zur Theorie der Entzündung, von Ferdinand Röder-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 30, S. 651.) Mit seinem Vortrage entwirft Verf. ein Bild des Entzündungsprozesses, bei dem für ihn die Druckverhältnisse im Kapillarsystem die Hauptrolle spielen. Wenn man die Bedeutung der Druckverhältnisse und die Beziehung zwischen Zellleitung und Druck anerkennt, so ist die Erklärung der Entzündung einfach. Sie ist als ein aus zwei Stadien bestehender Prozeß zu definieren, und zwar als eine aus Strombeschleunigung und Stromverlangsamung sich abspielende Kreislaufstörung. Das zweite charakteristische Stadium ist dabei in Kapillardrucksenkung und -steigerung zu trennen.

E. Langer-Berlin.

Über den sogenannten Aktionsstrom der granulierenden Wunde, von O. Beck-Frankfurt a. M. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 32, S. 1166.) Der Aktionsstrom entsteht dadurch, daß eine tätige Stelle in einem lebenden Gewebe sich zur ruhenden negativ elektrisch verhält. Der Streit ist der, ob ein Demarkations- oder Aktionsstrom vorliegt. An Versuchen mit Hunden sah Verf., daß die intakte Haut sowohl gegen unverletzte Faszie wie gegenüber dem unverletzt ruhenden Muskel und gegenüber der granulierenden Wunde negativ elektrisch ist. Verf. glaubt deshalb, daß es bei der Ableitung von granulierender Wunde und intakter Haut sich um einen Aktionsstrom der tätigen Haut, um einen Drüsenstrom handelt und nicht, wie Melchior und Rahm behaupten, um einen Aktionsstrom der granulierenden Wunde. An epithelisierten Stellen der granulierenden

Digitized by Google

Wunde war überhaupt kein Strom auszulösen. Die Versuche, durch Reizung mit elektrischem Strom die Wundheilung anzuregen, hat Verf. nicht nachgeprüft.
A. Rosenburg-Berlin.

Über die Transplantation von freien Hautlappen, von N. Takahashi und R. Miyata-Chiba (Japan). (Arch. f. klin. Chir., 1922, Bd. 120, H. 1. S. 170.) Einen Fall gelungener heteroplastischer Transplantation gibt es bisher nicht. Homoplastische Transplantation bei Tier und Mensch zeigte bei den Versuchen des Verf. zunächst makroskopisch Heilung, dann aber Nekrose, so daß in keinem Fall eine Einheilung gelang. Dagegen hatten die Verff. mit ihren Versuchen mit der Autoplastik stets gute Resultate. 11 Tage konservierte Haut vom Kaninchen, in mit physiologischer Kochsalzlösung getränkter Gaze bei 7° C aufgehoben, heilte bei demselben Tier glatt ein, wodurch die lange Lebensfähigkeit der Epithelzellen des Transplantatstückes nachgewiesen wurde. Zur Zerstörung des homoplastischen Transplantates wird eine auf die Haut zerstörend wirkende Substanz gebildet, deren Zusammensetzung noch nachzuweisen ist. Zahlreiche histologische Untersuchungsbefunde, Tabellen und Bilder erläutern die Arbeit. E. Langer-Berlin.

Untersuchung von Kantharidenblasen bezüglich Pirquetscher und Wassermannscher Reaktion, von A. Buschke. (M. Kl., 1922, Nr. 19, S. 593—594.) Nochmalige Besprechung zweier früherer Arbeiten des Verf. G. Heymann-Elbing.

1. Blaseninhaltstoffe über spezifischen Reaktionen; 2. Hautblasenfüllung, von G. Thomas und W. Arnold, Univ.-Kinder-Klin. Köln. (M. m. W., 1922, Nr. 6, S. 196.) Verff. benutzten den Inhalt künstlich durch Kantharidin erzeugter Blasen, welche sie über Pirquetschen Reaktionen anlegten, zu diagnostischen Tuberkulinimpfungen. Da der Inhalt von Kantharidinblasen nur geringe Zeichen akut entzündlichen Exsudates zeigt, somit eine fast nicht veränderte Gewebsflüssigkeit darstellt, ist er als leicht erhältliches Untersuchungsmaterial geeignet, zur Lösung biologischer Fragen zu dienen, was die Verff. anregen. A. v. Notthafft-München.

Gewebsspezifische und nichtgewebsspezifische Reize und ihre Beziehung zur Entzündung, von Staemmler-Göttingen. (D. m. W., 1922, Nr. 29, S. 966—967.) Verf. gibt folgende Definition der Entzündung: Entzündung ist die örtliche Reaktion des Organismus auf nichtgewebsspezifische Reize. Gewebsspezifische Reize sind solche, auf die der Körper durch (vererbte oder erworbene) Anpassung mit einem bestimmten Gewebe spezifisch eingestellt ist. F. Harry-Berlin.

Der Beginn der Entzündung im Bilde direkter Kapillarbeobachtung, von Georg Magnus-Jena. (Arch. f. kl. Chir., 1922, Bd. 120, Nr. 1, S. 96.) Verf. stellte seine Versuche an den Nägeln abgebundener resp. operativ abgetragener Extremitäten an, unter Benutzung des Haut- und des Zeißschen Transmikroskopes. Letzteres wird in der Arbeit näher beschrieben. Er konnte feststellen, daß nach völliger Entleerung der Kapillaren auf einen mechanischen und chemischen Reiz hin aus den Arterien noch Blut in die Kapillaren nachströmt, dagegen nicht auf Reizung durch den faradischen Strom. Des weiteren konnten sog. „blutleere Kapillaren" beobachtet werden, die unter normalen Verhältnissen blutleer sind, und die sich erst auf einen gewissen Reiz hin füllen. Zur Erklärung der unsichtbaren „blutleeren Kapillaren" ist anzunehmen, daß sie entweder bis zur Leere kontrahiert sind oder einen ruhenden Plasmafaden oder einen Plasmastrom enthalten. Wahrscheinlich sind zwischen den beiden ersten Erklärungen alle Möglichkeiten vorhanden. Für manche Vorgänge bei der Erweiterung und Verengerung der Kapillaren ist anzunehmen, daß diese ohne Vermittelung des Nervensystems vor sich gehen. Wahrscheinlich ist das die Drosselung und Entspannung der Kapillaren bedingende Mittel chemischer Natur. Als sichere autonome Äußerung der überlebenden Gefäße im absterbenden Gewebe sind zu buchen: Peristaltik und Pulsation, so daß man für diese den Kapillaren übergeordneten Gefäße eine rhythmische Bewegung annehmen muß. Derselbe Reiz kann am überlebenden Gewebe auf Arterien und Kapillaren verschieden wirken, da beide in ihrer Funktionsäußerung voneinander unabhängig sind.
E. Langer-Berlin.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Einiges über Arzneiverordnung im Krankenhaus und in der Praxis, von G. Klemperer. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 2, S. 41—44.) Verf. erinnert zunächst an das Wort des Hippokrates „Oft ist es nützlich, kein Arzneimittel zu verordnen", und glaubt, daß in der Praxis häufig nicht daran gedacht wird. Vor allem aber muß der Gebrauch der aus dem Ausland eingeführten Arzneisubstanzen aufs Allernotwendigste

Digitized by Google

beschränkt werden. So ließe sich die teure Jodmedikation häufig sehr einschränken, wenn es Arteriosklerotikern nicht so wahllos verschrieben würde. Die Jodverordnung sei nur im Anfangsstadium der Arteriosklerose und bei luetischer Endarteriitis und Endaortitis berechtigt. Bei Angina pectoris und Aortalgien bieten Nitroglyzerin, Theobromin und Theocin vollen Ersatz. Als Expektorans braucht Jod nur kurze Zeit gegeben zu werden. Von Opiumderivaten, die zum Teil unentbehrlich sind, sollten nur die in Deutschland hergestellten Präparate, Laudanon, Narkophin usw., verwendet, das teure Schweizer Pantopon soll vermieden werden. Chinin ist nur bei Malaria unersetzlich. Quecksilber stammt zum größten Teil aus dem valutaschwachen Österreich und ist daher verhältnismäßig preiswert. Guten Ersatz für das ausländische Kokain bietet das deutsche Eukain, für Sekale sind Ergotin, das Tenosin, für Extrakt. Hydrastis canad. das Liquidrast Ersatzpräparate. Digitalis, Digitalysat, Digipurat, Verodigen sind deutschen Ursprungs, Digalen dagegen kommt aus der Schweiz. Die meisten synthetischen Präparate der Antipyretika und Antineuralgika, Heilsera, Organpräparate, Vakzinen, Präparate der unspezifischen Reiztherapie und Salvarsan sind deutsch. G. Assmann-Kiel.

Adsorptivdesinfektion in Gegenwart anderer Adsorbentien, von H. Bechhold und R. Reiner-Frankfurt a. M. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrht., 1922, Bd. 96, H. 1, S. 17—24.) Die Desinfektionswirkung eines unlöslichen Desinfektionsmittels, wie Metallkohle, wird durch fein verteilte, unlösliche, indifferente Substanzen abgeschwächt. Unlösliche Desinfektionsmittel werden durch oberflächenaktive indifferente Stoffe in der Ausübung ihrer Wirkung gehemmt. Die Kombination zweier praktisch unlöslicher Desinfektionsmittel führt zu keiner Additivität ihrer Wirkung, falls die adsorbierende Fläche konstant bleibt. Es tritt eine Abnahme der Desinfektionswirkung ein. Ebenso ist das der Fall, wenn die Menge des Desinfektionsmittels konstant bleibt und die Adsorptionsfläche vergrößert wird. Die Wirkung eines oberflächenaktiven Desinfektionsmittels wird durch Adsorbentien abgeschwächt (Guajakkohle). Feinverteilte, feste Desinfektionsmittel und oberflächenaktive Desinfektionsmittel hemmen sich gegenseitig in ihrer Wirkung.

H. Soltmann-Leipzig.

Über die Wirkung verschiedener Gruppen der Lokalanästhetika im Lichte verschiedener Untersuchungsmethoden, von K. Fromherz-Freiburg i. Br. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., Bd. 93, H. 1—3, S. 34—90.) Aus einer großen Anzahl von Versuchen geht hervor, daß die Präparate, die bei verhältnismäßig geringer Giftigkeit, guter Diffundierbarkeit und leichter Spaltbarkeit, vermöge deren sie im Organismus rasch in ungiftige Komponenten zerfallen, zwar ihrer Eigenschaften wegen an der Schleimhaut versagen, aber an Nervenstämmen oder bei der Infiltrationsanästhesie eine günstige Wirkung besitzen, auch pharmakologisch als Leitungsanästhetika zu bezeichnen sind. Hierher gehört das Novokain und eine größere Zahl Kohlensäureester. Andererseits zeigt es sich, daß die geringe Resorbierbarkeit, vielleicht auch Adsorbierbarkeit an die Gewebskolloide, sonst allgemein recht giftige Präparate, von der Schleimhaut nur langsam in den Kreislauf gelangen läßt, und unter Vermeidung von Allgemeinvergiftungen eine günstige, langanhaltende Lokalanästhesie bedingt. Diese Präparate sind pharmakologisch Oberflächenanästhetika. Unter diese Gruppe fällt das Kokain und verschiedene substituierte Oxybuttersäureester. Es ist aber ein weitverbreiteter großer Irrtum, daß Novokain und Kokain sich nur dadurch unterscheiden, daß das letztere einfach die doppelte anästhesierende Wirkung besitzt und entsprechend giftiger ist. Es ist ein vollkommen falscher Schluß, einfach mit der doppelten Konzentration Novokain das Kokain in der Oberflächenanästhesie ersetzen zu können, ebenso wie man keineswegs zur Leitungsanästhesie die doppelte Konzentration Novokain benötigt, die von Kokain erforderlich ist. G. Assmann-Kiel.

Zur lokalen Anästhesierung, von Karl Gerson-Schlachtensee. (M. Kl., 1922, Nr. 4, S. 109—110.) Verf. benutzt das Acidum carbol. liquefactum zum Bestreichen der Haut als besonders empfehlenswert für sensible Patienten vor jeder Einspritzung.

G. Heymann-Elbing.

Bericht über eine Serie von Fällen zum Beweise der therapeutischen und nährenden Wirkung der Hefe (Report of a Series of Cases Demonstrating the Therapeutic and Food Values of Yeast), von I. S. K. Reeves-Santo Domingo. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 10.) In zahlreichen Fällen von Furunkulose wurden ausgezeichnete Erfolge bei an häufigen Rückfällen leidenden Personen erzielt, indem die Erscheinungen schwanden und bei fortgesetzter Behandlung nicht wieder auftraten; gleichzeitig war eine beträchtliche Gewichtszunahme festzustellen. Bei Akne waren die Erfolge weniger regelmäßig, fordern aber immerhin zu weiteren Versuchen auf. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Vakzinetherapie, von R. Hilgermann und W. Krantz-Saarbrücken. (M. m. W., 1922, Nr. 6, S. 194.) Verff. gehen von der Voraussetzung aus, daß die Heilung chronischer Infektionskrankheiten auf der Vernichtung der eingedrungenen Bakterien beruht und, abgesehen von der auflösenden Wirkung der Körpersäfte, hauptsächlich eine Folge der Phagozytose ist. Für diese Annahme werden die mikroskopischen Bilder des blennorrhoischen Eiters, des tuberkulösen Sputums als Beweis herangezogen (!). An den Veränderungen dieser mikroskopischen Bilder soll neben dem Allgemeinbefinden und der Herdreaktion die Vakzinetherapie chronischer Krankheiten bakteriologisch kontrolliert werden. Das Prinzip der Vakzinetherapie soll in kleinsten Dosen liegen; erst wenn der Organismus der Krankheitserreger Herr geworden ist, darf zu größeren Dosen in längeren Intervallen übergegangen werden. Für die Herstellung der Vakzine ist wichtig, weder zu hohe Hitzegrade noch solche Lösungsmittel zu benutzen, die ihrerseits wieder Schädigungen hervorrufen. So können durch Ligroin-Benzin (aa) ungelöste Tuberkelbazillenkulturen noch in einer Verdünnung von 1:100 Millionen schwerste Giftschädigungen hervorrufen, während nach einer Entgiftung dieser Aufschwemmungen durch Schwefelkohlenstoff auch bei höheren Dosen Giftwirkungen ausblieben. Für Gonokokken, Meningokokken und Pneumokokken eignet sich das glykocholsaure Natrium, von dem bereits 0,1 ccm einer 1%igen Lösung genügt, um eine Abschwemmung zweier Schrägagarkulturen (etwa 10 ccm) in kürzester Zeit bei 37° zur Lösung zu bringen. Koli-, Typhus-, Dysenteriebazillen und Staphylokokken werden in sterilem, defibriniertem Wasser, bzw. physiologischer Kochsalzlösung unter Zusatz geringster Mengen Formalin (0,5 bis 1%) abgetötet und ausgelaugt. Es gibt kaum eine Bakterienart, welche mit dieser Methode nicht nach 24, spätestens 48 Stunden bei 37° abgetötet wäre, wobei gleichzeitig eine Aufquellung und Lösung der Bakterienzellen erfolgt. Wegen dieser Auslaugung verzichten die Verff. auf die Hitze, in der Hoffnung, bei einer Vakzination mit derartig hergestellten Impfstoffen einer Immunisierung nahezukommen.

E. F. Müller-Hamburg.

Studien zur unspezifischen Reiztherapie. III. Mitteilung: Über die Wirkungssteigerung autonomer Nervenendgifte als Reaktion auf die Umstimmung, von H. Freund u. R. Gottlieb-Heidelberg. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., Bd. 93, H. 1—3, S. 92—114.) Zahlreiche Tierexperimente zeigen, daß die veränderliche Reaktion auf gut dosierbare Nervenendgifte des autonomen Systems (Adrenalin, Pilokarpin) einen Zustand von Allergie kennzeichnet, der nach unspezifischen Reizen (Kaseosan, Aderlaß, Blutinjektion) entsteht. Die Reaktionsänderung ist von auffallend langer Dauer. Die Vorbehandlung der Tiere bewirkt die Umstimmung dadurch, daß sie Zellzerfallsprodukte von ungemein vielseitiger Wirksamkeit entstehen läßt. Je nach der Stärke der angewandten Reize und je nach dem zeitlichen Verlauf der durch den Reiz ausgelösten Reaktion kann diese Wirksamkeit wechseln. Unter der Einwirkung der Zellzerfallsprodukte ändert sich die Reaktion auf physiologische Reize, aber auch die auf krankheitserregende Gifte und Arzneimittel. Wenn vorläufig nicht noch die Unsicherheit der Dosierung bei der Reiztherapie so groß wäre, könnte man praktisch die Wirksamkeit von Arzneimitteln durch Steigerung der Reaktionsfähigkeit ihrer Angriffspunkte mit Hilfe unspezifischer Reize (Aderlaß, Eigenblutbehandlung usw.) verstärken. Die wesentliche und experimentell erweisbare Folge ist jedenfalls die Umstimmung der Reaktionsfähigkeit.

G. Assmann-Kiel.

Anaphylaxie bei Proteinkörpertherapie, von Kurt Büttner-Chemnitz. (D. m. W., 1922, Nr. 32, S. 1070—1071.) Verf. teilt vier Fälle mit, bei denen Überempfindlichkeitserscheinungen durch intravenöse Applikation von Kaseosan und intramuskuläre Injektion von Milch hervorgerufen wurden. Bei der fortgesetzten intravenösen Anwendung ist Vorsicht geboten. Durch intramuskuläre Anwendung können stürmische Erscheinungen vermieden oder verringert werden.

F. Harry-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. Januar 1923 | Nr. 3 | Band 76

Aus der Abteilung für Syphiliskranke des Militärhospitals zu Lodz (Leiter: Dr. J. Leyberg) und aus dem staatlichen Institut für Epidemiologie (Direktor: Prof Dr. Fr. Venulet).

Die Bewertung der Liquorbefunde bei inzipienter, exanthematischer, lokalrezidivierender und frühlatenter Syphilis.

Von

Dr. J. Leyberg.

Der Zweck der vorliegenden Arbeit ist ein genauer Einblick in das Wesen der Liquorbefunde in verschiedenen Stadien der Frühsyphilis, da die Forschungsergebnisse der Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigten, in hohem Grade voneinander abweichen. Selbst auf die Frage, wie oft der Liquor bei Frühsyphilis pathologische Werte zeigt, finden wir ganz verschiedene Antworten. Es genügt als Beispiel: Dreyfus gibt die Zahl 78%, Ravaut 60—70%, Hauptmann 30%, Gennerich 21%, Rost (bei Kranken im ersten Jahre nach der Infektion) 8% an. Soll aber der pathologische Liquor als untrüglicher Beweis der Infektion des Zentralnervensystems gelten, dann ist es für die Pathogenese der Neurolues von eminenter Bedeutung, sich eine ungefähre Vorstellung zu bilden, ob der Liquor bei allen, resp. bei überwiegender Mehrzahl der Frühsyphilitiker pathologische Veränderungen aufweist, oder ob man dieselben nur in einer bestimmten kleineren oder größeren Prozentzahl der Fälle findet. Von nicht geringerer Bedeutung ist auch die Frage, welche von den einzelnen Reaktionen als sicherer Beweis der spezifischen Liquorerkrankung anzunehmen sind und welche von denselben nur einen relativen Wert besitzen. Ziehen wir nun in Betracht, daß der Liquorbefund nur eine „Momentaufnahme" darstellt, die den gewissen, von der Behandlung und den Schutzkräften des Organismus abhängigen Schwankungen unterliegt, so ist es klar, daß nur die genaue Prüfung der einzelnen Reaktionen uns eine Aufklärung über die oben angeführten Fragen geben kann.

Um möglichst Fehler zu vermeiden, habe ich es für zweckmäßig gehalten, das Krankenmaterial in vier Gruppen einzuteilen, die den bekannten Eigentümlichkeiten des Luesverlaufs entsprechen, und jede derselben einzeln zu bearbeiten.

Mein Material bildeten die Patienten des venerischen Militärhospitals in Lodz, insgesamt 375 Fälle, von frühesten Luesperioden beginnend bis zum Ende des fünften Jahres nach der Infektion.

In die erste Gruppe habe ich die Patienten mit den frühesten Erscheinungen der primären Lues bis zum Ende der siebenten Woche nach

Digitized by Google

der Infektion eingeschlossen. Die Diagnose der örtlichen Affektion wurde in sehr frühen, klinisch unsicheren Fällen durch Spirochätennachweis festgestellt. (Das vorexanthematische Stadium der Syphilis.)

Zur zweiten Gruppe gehörten Patienten, die sich im Stadium zwischen der achten Woche und dem Ende des vierten Monats nach der Infektion befanden. Die gesamten Patienten dieser Gruppe zeigten Haut- resp. Schleimhauterscheinungen und typisch veränderte Lymphdrüsen. Die Mehrzahl von ihnen hatte das sogenannte erste (hämatogene) Exanthem in voller Blüte. (Stadium der hämatogenen Exantheme.)

In der dritten Gruppe befinden sich Kranke zwischen dem fünften Monat und dem dritten Jahre nach der Infektion. Die Mehrzahl war ohne jegliche Haut- und Schleimhauterscheinungen. Die übrigen hatten lokale Frührezidive. Nur in einem Falle hatten wir ein Rezidivexanthem vom Aussehen eines hämatogenen Ausschlages. (Stadium der lokalen Frührezidive.)

Die vierte Gruppe umfaßt die Patienten, die sich zwischen dem dritten und dem Ende des fünften Jahres seit der Infektion befanden. Hier hatten wir die latente Lues, späte Lokalrezidive (Lues serpiginosa, circinata usw.) und Gummen. (Stadium der Frühlatenz und der tertiären Effloreszenzen.) Jeder Fall wurde auf die sogenannten 4 Reaktionen untersucht. Alle Reaktionen wurden im hiesigen Staatsinstitut für Epidemiologie unter persönlicher Leitung von Prof. Versuliet ausgeführt, dem ich an dieser Stelle für das lebhafte Interesse an meiner Arbeit und für seine liebenswürdige Hilfe meinen herzlichen Dank ausspreche.

Tabelle I.

Zahl	Behandlung		Blut-WR		Liquor cerebrospinalis WR		Nonne-Apelt		Pandy		Pleozytose		Gesamtzahl des pathol. Liquors
	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	
51	−	51	25	26	−	51	5	46	3	48	4	47	4 (7,8%) [7 (13,7%)]

Tabelle Ia[1]).

Das Verhältnis der pathologischen Liquorreaktionen zu Serum-WR.

Zahl	1 Serum-WR −	2 Serum-WR −	3 Serum-WR −	4 Serum-WR +	5 Serum-WR +	6 Serum-WR +
	Liquor −	Liquor +	Liquor ++	Liquor −	Liquor +	Liquor ++
51	14	— (1 gl.?)	—	14	4 (+ 3?)	—

Was den Liquordruck anbelangt, so hat mich die systematische Untersuchung der ersten 70 Fälle davon überzeugt, daß weder der bedeutend

[1]) Liquor + bedeutet den pathologischen Liquor ohne WR. Liquor ++ bedeutet den pathologischen Liquor mit positiver WR.

Digitized by Google

erhöhte noch der normale resp. der abnorm niedrige Druck einen zuverlässigen diagnostischen Wert haben kann: manche Fälle mit abnorm hohem Druck wiesen normale Liquorwerte auf. Andere dagegen mit normalem Druck hatten stark pathologischen Liquor. Ich ließ daher die anfängliche Absicht, den Liquordruck in jedem meiner Fälle zu messen, bald fallen. (Tabelle I und Ia.)

Lues I. Das vorexanthematische Stadium der Lues.

Die Tabelle I umfaßt 51 Patienten mit Krankheitsdauer bis zu 7 Wochen. Wir haben da 7 Fälle mit pathologischem Liquor, was in Prozentzahl ausgedrückt 13,7 beträgt. Bei näherer Betrachtung dieser 7 Fälle hielten wir jedoch nur vier mit Pleozytose für spezifisch, da die letzte, wie wir unten näher begründen werden, für uns ein unzweifelhafter Beweis der spezifischen Liquorinfektion ist. Dagegen konnten wir fünf Fälle mit Globulinreaktion nur mit gewissem Vorbehalt annehmen, und zwar aus folgendem Grunde: Um uns von der Spezifität der Globulin- und Zellreaktion zu überzeugen, untersuchten wir den Liquor von 50 Nichtluetikern, die mit verschiedenen Hautkrankheiten behaftet waren. Es hat sich dabei ergeben, daß die Lymphozytenzahl immer normal und die Globulinreaktion in fünf Fällen (10%) positiv war.

Schönfeld fand in seltenen Fällen die positive Nonne-Apeltsche Reaktion bei ganz gesunden Leuten oder bei nichtluetischen Patienten ohne Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems. Stern (zit. bei Nonne) fand diese Reaktion bei 5% der Gonorrhoiker. Wir nahmen daher die Globulinreaktion bei primärer Lues mit gewissem Vorbehalt an. Wir hielten sie für spezifisch, 1. wenn die beiden Globulinreaktionen (Nonne-Apelt und Pandy) neben der Pleozytose auftraten, 2. beim Vorhandensein klinischer Symptome von seiten des Zentralnervensystems, und 3. wenn die wiederholten Punktionen während der Kur bei weiterem Bestehen der Globulinreaktion noch ein Hinzutreten einer anderen Reaktion aufwiesen; denn die Beobachtung des Liquors bei der Salvarsanbehandlung hat uns gezeigt, daß die schwache Salvarsanbehandlung in der Regel eine Entstehung auch anderer Reaktionen (Pleozytose, WR) hervorruft, die Globulinreaktion dagegen, insofern dieselbe spezifisch ist, eine ziemlich dauerhafte Reaktion ist.

Aus diesem Grunde hielten wir von den fünf in der Tabelle I mit Nonne-Apelt + verzeichneten Fällen nur einen für spezifisch (Meningitis praecox luetica). Die übrigen vier betrachteten wir als unsicher, da in zwei Fällen bei fehlender Pleozytose Nonne-Apelt mit Pandy nicht übereinstimmten und in zwei übrigen die Globulinreaktion zu labil war: zwei Repunktionen, die eine während der Salvarsankur und die andere sechs Wochen nach Beendigung derselben, ergaben normalen Liquorbefund.

Wie aus der Tabelle Ia ersichtlich ist, hatten wir in diesem Stadium keinen einzigen Fall mit pathologischem Liquor bei negativer Serum-WR. In einem Falle, der in Rubrik 2 mit einem Fragezeichen versehen ist, zeigte der Liquor nur eine positive Globulinreaktion, die nach sechs Wochen bei der Repunktion nicht mehr nachzuweisen war und daher von uns als

Digitized by Google

nicht spezifisch betrachtet wurde. In diesem Stadium hatten wir gleichfalls keinen Fall mit positiver Liquor-WR. In dieser Hinsicht stimmen unsere Resultate mit denjenigen von Hauptmann, Gennerich, Plaut, Rost und anderen überein. Fleischmann dagegen hatte bei 27 Fällen der primären Lues zwei mit stark positiver Liquor-WR bei negativer WR im Serum. Die Arbeiten von Ehrmann und Baum scheinen ein gewisses Licht auf die Frage zu werfen. Ehrmann fand bei primären Geschwüren zahlreiche Spirochäten in den Lymphräumen der Nervenscheiden, zwischen dem Nervenbündel und der dasselbe umgebenden Hülle und zwischen den Nervenfibrillen selbst. Baum hat bewiesen, daß die in den Subarachnoidealraum eingespritzte Flüssigkeit in die Lymphräume sämtlicher Gehirn- und Rückenmarksnerven bis zu den Endverzweigungen eindringt. Es ist daher nicht unwahrscheinlich, daß die Spirochäte bei Lokalisation des primären Geschwürs auf einer reichlich innervierten Hautstelle einen offenen aufsteigenden Weg den Lymphräumen entlang zum Zentralnervensystem finden kann. Die Möglichkeit des Eindringens der Spirochäten ins Zentralnervensystem unmittelbar durch die Lymphgefäße der Nerven an der Stelle des primären Geschwüres würde uns die positive Liquor-WR bei noch negativ reagierendem Serum verständlich machen.

Zusammenfassung.

1. Die Infektion des Liquors kann auf hämatogenem Wege schon im vorexanthematischen Stadium stattfinden, wenn auch relativ selten (7,8 %).
2. Pleozytose ist der häufigste Ausdruck der Liquorinfektion in diesem Stadium (7,8 %).
3. Was die Spezifität der Globulinreaktion in diesem Stadium anbetrifft, so ist dieselbe mit gewissem Vorbehalt anzunehmen. Sie scheint im allgemeinen selten aufzutreten (2 %).
4. Positive WR im Liquor trat in diesem Stadium in keinem unserer Fälle auf.

Tabelle II.

Zahl	Behandlung		Haut-Schleimhaut-erscheinungen		Blut-WR		Liquor cerebrospinalis: WR		Nonne-Apelt		Pandy		Pleozytose		Gesamtzahl des pathol. Liquors
	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	
72	20	52	72	—	64	8	10	62	9 (+10)	63 53	11 (+8)	61 53	22	50	24 = 33,3 %

Tabelle IIa.

Zahl	1 Serum-WR −	2 Serum WR −	3 Serum-WR −	4 Serum-WR +	5 Serum-WR +	6 Serum-WR +
	Liquor −	Liquor +	Liquor ++	Liquor −	Liquor +	Liquor ++
72	5	1	1 (?)	43	13	9

Digitized by Google

Lues II. Die hämatogenen Exantheme.

Die Tabelle II umfaßt Patienten, die sich im Stadium des sogenannten ersten Exanthems zwischen der achten Woche und dem Ende des vierten Monats nach der Infektion befanden. Die einen hatten das Exanthem in voller Blüte, bei den andern befand sich dasselbe im Stadium der Involution. Von 72 Patienten dieser Gruppe waren 52 früher gar nicht, 20 nur sehr ungenügend behandelt worden. Bei den letzteren, wie uns die zahlreichen analogen Fälle aus allen Luesstadien gezeigt haben, übte eine solche Behandlung eher entgegengesetzten Einfluß auf den Liquor aus, nämlich im Sinne der Provokation.

Besondere Aufmerksamkeit habe ich aus denselben Gründen wie bei der primären Lues der Globulinreaktion gewidmet. Die Globulinreaktion war auf die Gesamtzahl der Fälle 19mal positiv (26,3%). Von den letzteren erwies sich aber bei näherer Betrachtung einzelner Fälle und Berücksichtigung der oben erwähnten Kriterien nur in 9 Fällen die Reaktion als spezifisch (12,5%). Bei übrigen 10 Fällen war die Globulinreaktion schwankend, das heißt, entweder trat sie als schwacher isolierter Nonne-Apelt bzw. Pandy auf, oder die beiden schwach positiven Reaktionen schwanden sehr schnell bei begonnener Behandlung. In 52 nicht behandelten Fällen war sie 14mal (28%) positiv, dabei 9mal (17%) spezifisch. Die Zahl 12,5% scheint uns maßgebender zu sein, da sie auf größerer Menge der Fälle basiert, und weil hier auch die ungenügend behandelten Kranken mitgerechnet sind, bei denen die spezifische Globulinreaktion sich widerstandsfähig verhält bzw. provoziert wird.

Pleozytose fanden wir in diesem Stadium insgesamt 22mal (30,5%) und 19mal bei 52 nicht behandelten Fällen (36,6%). Letztere Zahl, die nur nicht behandelte Fälle betrifft, wird wohl im Gegensatz zu dem, was über die Globulinreaktion gesagt worden ist, mehr der Wirklichkeit entsprechen, da die schwache, isolierte Pleozytose in diesem Syphilisstadium eine sehr labile Reaktion ist und sowohl bei ungenügender Behandlung wie auch spontan schwinden kann.

Es ist jedenfalls beachtenswert, daß in diesem Syphilisstadium fast in allen Fällen mit pathologischem Liquor Pleozytose zu finden ist (auf 24—22). Daher könnte der Gedanke naheliegen, daß die Vermehrung der Lymphozyten im Liquor in diesem Krankheitsstadium als eine Teilerscheinung der allgemeinen Lymphozytose, die man zu dieser Zeit im Blute der Luetiker findet, bzw. als ein Nebenausdruck der allgemeinen Hautreaktion aufzufassen ist. Diese Auffassung ist aber nicht stichhaltig. Wäre die Pleozytose bei dem ersten (hämatogenen) Exanthem nur eine Teilerscheinung der allgemeinen Lymphozytose, so müßten wir dieselbe in allen Fällen mit hämatogenem Exanthem finden, nicht aber nur in 30—36% der Gesamtzahl, wie dies bei uns der Fall ist. Den pathologischen Liquor haben wir ferner, wie weiter unten gezeigt wird, ebenso häufig in Fällen mit wie ohne Hauteffloreszenzen gefunden. Es kann daher von einer direkten Abhängigkeit der pathologischen Liquorreaktionen von den spezifischen Hauterscheinungen keine Rede sein. Endlich haben wir bei 50 von uns kontrollierten Nichtluetikern mit verschiedenen Hautkrankheiten nicht einmal einen gefunden, der Pleozytose

Digitized by Google

im Liquor hatte. Dies alles scheint eher dafür zu sprechen, daß die Pleozytose der Frühluetiker ein Ausdruck des spezifischen Angegriffenseins des Zentralnervensystems im Sinne einer Meningealreizung ist, die nur in gewisser Prozentzahl der Fälle stattfindet.

Im Verhältnis zu andern Liquorreaktionen hatten wir da:

a) Pleozytose allein 13mal
b) Pleozytose + Globulinreaktion . . . 1 „
c) Pleozytose + WR . . . . . 3 „
d) Pleozytose + Globulin + WR . . . 5 „

Dabei war die Pleozytose in Fällen sub d) ziemlich stark ausgesprochen.

Das häufige Auftreten der Pleozytose in Form einer isolierten Reaktion ist für dieses Luesstadium charakteristisch und macht es wahrscheinlich, daß dieselbe der früheste Ausdruck der Zentralnervensysteminfektion ist, was auch mit der aus der allgemeinen Pathologie bekannten Tatsache der Lymphozytenvermehrung als der ersten Entzündungserscheinung gut übereinstimmen kann.

In folgendem Falle, wo die WR scheinbar der Pleozytose vorausgeht, ist die Möglichkeit eines spontanen Verschwindens der Pleozytose infolge der Empfindlichkeit dieser Reaktion als wahrscheinlich anzunehmen.

Nr. 199, Sch. J., 23 Jahre alt. Infektion vor 8 Wochen, makulo-papulöses Exanthem, Ohrensausen links (zentralen Ursprungs, Rinne +, Weber —). Bisher nicht behandelt. Blut-WR ++++. Liquor-WR 0,15—0,25 ++, Nonne-Apelt —, Pandy —, Fehlen der zellulären Elemente.

Der Liquorbefund in diesem bisher unbehandelten Falle ist aus zwei Gründen beachtenswert: 1. nur in diesem einen Falle trat die Liquor-WR in diesem Krankheitsstadium in Form einer isolierten Reaktion auf; 2. die schwache Liquor-WR ist beim Fehlen anderer pathologischer Reaktionen und gleichzeitig bei stark positiver Serum-WR nicht unbedingt als Ausdruck der spezifischen Infektion des Zentralnervensystems anzunehmen, weil man in solchen Fällen mit der Möglichkeit der Diffusion der Reagine aus dem Serum in den Liquor zu rechnen hat. Die Ohrenaffektion zentralen Ursprungs entscheidet in dem soeben erwähnten Falle die Frage. Daß aber die Möglichkeit der Diffusion der Reagine aus dem Serum in den Liquor nicht unwahrscheinlich ist, beweist uns folgender Fall, der für viele andere dienen soll.

Nr. 288. F. W., 22 Jahre alt. Infektion vor drei Monaten, bisher 3 Neosalv. + Hg salic. Blut-WR ++++, Liquor normal. Nach 2 Linser-Spritzen zu 0,45 + 0,01 und 2 Neosalvarsan zu 0,3 im Laufe von 24 Tagen haben Blut- und Liquoruntersuchung folgendes ergeben: Blut-WR ++++, Liquor-WR 0,15 —, 0,25 +, Nonne-Apelt —, Pandy —, Pleozytose —. Der Kranke erhielt eine energische, acht Wochen dauernde Kur, wonach die Blut- und Liquoruntersuchung zeigte: Blut-WR +, Liquor in allen Reaktionen normal.

In diesem Falle können wir die WR im Liquor nicht als „Liquor-WR" betrachten, weil die Reaktion im Liquor erst im Laufe der angefangenen Kur aufgetreten ist, die, weil sie unzureichend war, die Zahl der Reagine im Blutserum vermehrt und die Diffusion derselben in den Liquor befördert hat. Erst die energische Kur, die die Spannung der WR im Serum abschwächte, hat dem Vorgang der Diffusion ein Ende gemacht.

Digitized by Google

Die Liquor-WR trat bei den Patienten dieses Stadiums bei 72 Fällen 10 mal (14%) auf, bei 52 unbehandelten Fällen 9 mal (17%).

Mit Rücksicht darauf, daß die Liquor-WR bei ungenügender Behandlung sich standhaft verhält, betrachten wir die Zahl 14% als maßgebender.

Auf 10 Fälle mit positive WR trat die Reaktion einmal isoliert als WR ++ (der oben angeführte Fall Nr. 199) auf, in den übrigen neun Fällen stets neben den anderen Reaktion: 5 mal, die sämtlichen drei Reaktionen, 3 mal neben der Pleozytose und einmal neben der Globulinreaktion. Die Spannung der Liquor-WR war im allgemeinen schwach und schwankte zwischen WR 0,25 + und WR 0,25 +++.

Als beachtenswert ist zu bezeichnen, daß wir in diesem septischen Stadium der Lues auf 72 Fälle 8 mal (11%) die negative Serum-WR hatten, obwohl zugleich ein Exanthem bestand und darunter ein Fall mit pathologischem Liquor. (Tab. IIa, 2.)

Es unterliegt keinem Zweifel, daß, wenn wir uns der WR nicht nur für diagnostische Zwecke bei der latenten Lues sondern auch zur Kontrolle des Krankheitsverlaufs bedienen würden, solche Fälle keine Seltenheit darstellen. Nehmen wir syphilitische Infiltrate für die Quelle der WR-Reagine an, so werden wir die Fälle verstehen, die trotz des bestehenden Exanthems, wenigstens eine Zeitlang, die negative Serum-WR aufweisen. Die Menge, resp. die Spannung der Reagine ist im Untersuchungsmoment zu schwach, d. h. sie befindet sich noch unter der minimalen Grenze, die unentbehrlich ist, um die WR in vitro bei der jetzigen Wassermann-Technik nachweisen zu können (Leven-Meirowsky). In solchen Fällen genügt es, mit der Behandlung zu beginnen und im Laufe derselben das Serum zu untersuchen, um sich zu überzeugen, daß die WR aus dem Negativen ins Positive umschlägt. In der Tabelle IIa 2 haben wir einen solchen Fall zu verzeichnen. Ich führe ihn hier deswegen an, weil er zugleich der einzige Fall ist, wo der Liquor trotz der negativen Serum-WR bei hämatogenem Exanthem pathologische Werte aufweist.

Nr. 33. N. P., Infektion Mitte Dezember 1920. Bisher unbehandelt. 4. II. 1921: Narbe im Sulcus coronarius, Roseola; am selben Tag Blut- und Liquorentnahme. Blut-WR negativ, Liquor-WR 0,25 —, Nonne-Apelt und Pandy Spuren, Pleozytose +. Der Pat. bekommt 3 Neosalv.: 0,3, 0,45, 0,45. 19. II. 1921: Blut-WR +++. Die Kur dauerte bis zum 28. III., wobei der Pat. im ganzen 4,5 Neosalv. + 0,5 Kalomel erhielt. Am 39. III. Blut-WR negativ, Liquor 0,25 —, Nonne-Apelt und Pandy Spuren, Pleozytose —.

In diesem Falle haben wir bei einer Roseola anfänglich die negative Serum-WR. Die angebahnte Kur schlägt die Reaktion ins Positive um. Der Liquor jedoch ergibt sich als pathologisch, bevor das Blut die positive WR zeigt. Wäre nun die Virusgegenwart allein ausreichend, um die positive WR zu ergeben, so würden wir in diesem Fall ihn gleichzeitig im Blut und im Liquor erwarten müssen.

Der in der Tabelle IIa 3 angegebene Fall, wo die Liquor-WR +, und in der Blut-WR — war, ist unsicher, da der Patient schon mit Exanthem kam und vor dem Anfang der Behandlung serologisch nicht untersucht wurde. Das oben angegebene Resultat (Blut-WR—, Liquor-WR +) aber war erst 6 Wochen nach der beendeten intensiven Kur festgestellt.

Digitized by Google

Jedenfalls ist die Tatsache auffallend, daß in diesem septischen Stadium der Lues die WR im Liquor relativ selten auftritt: auf 24 Fälle mit pathologischem Liquor war die WR nur in 10 Fällen (40%) positiv, während wir hier die Pleozytose in 91% (auf 24 Fälle 22) hatten. Es ist im Liquor wahrscheinlich derselbe Mechanismus des allmählichen Entstehens der WR anzunehmen wie im Blutserum: letztere muß eine gewisse, minimale Reaginengrenze erreichen, unterhalb welcher wir sie nachzuweisen nicht imstande sind, obwohl die Liquorinfektion schon stattgefunden hat.

Was nun das Verhältnis des Liquors zu den spezifischen Hauterscheinungen betrifft, so zeigt nur ein Drittel der Fälle mit Exanthemen pathologische Liquorwerte (siehe Tabelle II). Es fiel uns dabei auf, daß der pathologische Liquor hauptsächlich die Fälle mit papulösen Efflores-zenzen betraf. Der Liquor war in 24 Fällen 17 mal bei papulösen und 7 mal bei makulösen Syphiliden positiv.

Zusammenfassung.

1. Die Infektion des Zentralnervensystems nach dem Liquorbefunde beurteilend ist im septischen Stadium der Lues nur in einem Drittel der Gesamtzahl der Fälle festzustellen. Im Vergleich mit primärer Syphilis ist der pathologische Liquor in diesem Stadium viel häufiger (33,3:7,8) zu sehen.
2. Die Pleozytose ist die häufigste und charakteristischste Reaktion in diesem Stadium (37%). Das Verhältnis zu anderen Reaktionen gestaltet sich: Pleozytose : WR : Globulin = 37 : 14 : 12,5.
3. Die Globulin-Reaktion tritt am seltensten auf (12,5%). Dieselbe ist als isolierte Reaktion am wenigsten charakteristisch und muß mit gewissem Vorbehalt angenommen werden.
4. Die WR im Liquor tritt in diesem Stadium relativ selten auf (14%). In Fällen mit pathologischem Liquor verhält sich die WR zu Pleozytose wie 40 : 91. Die Spannung der WR ist im allgemeinen schwach.
5. Die schwache, isolierte WR im Liquor bei starker Serumreaktion kann infolge der Diffusion der Reagine aus dem Serum in Liquor auftreten.
6. Der pathologische Liquor ist häufiger bei papulösen als bei makulösen Exanthemen zu treffen (17 : 7).

(Schluß folgt.)

Ein Fall von Myelitis transversa gonorrhoica.

Von

Dr. Adalbert v. Polony, Facharzt für Dermatologie in Komarom, Slowakei.

Mit einer Kurve im Text.

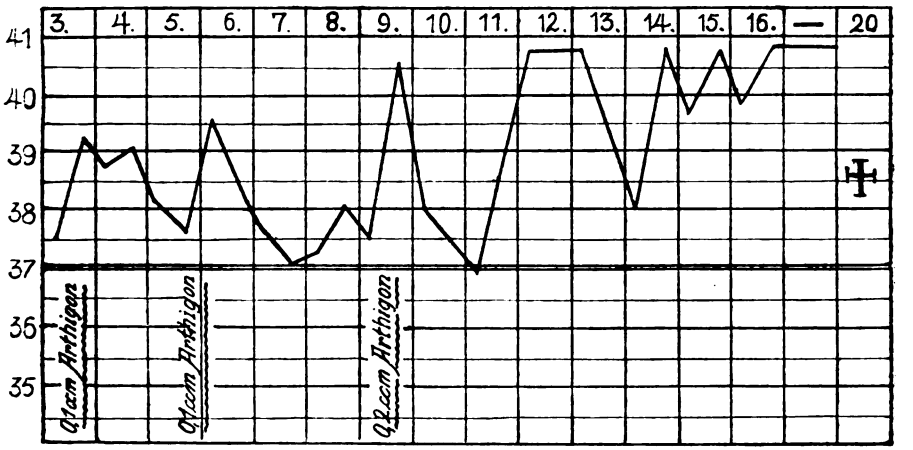
Bisher habe ich nur in den Lehrbüchern gelesen, daß eine Myelitis transversa nach manchen Infektionskrankheiten — wie z. B. Typhus, Influenza, Erysipel, Gonorrhoe — selten auftreten kann. Und nach Gonorrhoe so selten, daß ich keinen Fall in der Literatur gefunden habe. Darum halte ich es für angebracht, meinen Fall zu veröffentlichen.

Digitized by Google

Anamnese: V. B., 18 Jahre alter Zimmermalergehilfe, gab an, früher nie krank gewesen zu sein, auch keine Kinderkrankheiten durchgemacht zu haben. Die Eltern sind gesund. Im September 1920 zog er sich eine Gonorrhoe zu, der sich im Oktober eine Epididymitis beigesellte mit sehr großem Harndrang (Zystokollitis). Er war bei der Arbeiterkrankenkasse behandelt worden. Obwohl er starke Schmerzen empfunden hatte und der Nebenhoden stark geschwollen war, hatte er nach viertägiger Bettruhe wieder gearbeitet. So hat sich dieser Verlauf seiner Krankheit bis Dezember hingezogen; inzwischen wurde er nicht behandelt; der Nebenhoden blieb ständig groß und empfindlich.

Sein Allgemeinbefinden war immer schlecht, es bestanden Appetitlosigkeit, Schwäche und Schmerzen in der Nierengegend.

Anfang Januar 1921 passierte ihm ein sonderbarer Vorfall, an den er sich genau erinnerte. Er wollte ein Fußbad nehmen, und dabei fühlte er die Wärme nicht, trotzdem seine Mutter viel heißes Wasser zugegossen hatte. Von nun an beobachtete er immer neue Erscheinungen: Starke, besonders stichartige Schmerzen in den Beinen, konnte bald keine Treppen mehr steigen, stolperte fortwährend, die Muskeln wollten seinem Willen nicht folgen. Der Zustand wurde immer schlechter, so daß das Gehen ohne Stock unmöglich wurde und zur Zeit, als er in meine Behandlung kam, mußte er überhaupt im Bett bleiben (2. März 1921).



Die WR war negativ, er erhielt Jodkali mit negativem Resultat. Einmal wurde er ins Spital gebracht; allerdings blieb er dort nur 2 Tage, wo ein Dekubitus hinzutrat, da ihn die Pflegerin aus Bequemlichkeit oder Unkenntnis 12 Stunden lang auf einer Bettschüssel liegen gelassen und vergessen hatte.

Status: Der Kranke ist übermäßig stark gebaut, mit breiter Brust und kräftigen Muskeln; trotz seiner schweren Krankheit gut genährt. Nur das Fieber und sein blasses Gesicht verraten seinen Zustand. Puls kräftig, voll, rythmisch, 96—100 pro Minute. Temperatur zwischen 37,8 und 38,8.

Beide Beine sind vollkommen gelähmt — Paraplegia totalis. Keine Wärme-, Tast- und Schmerzempfindung. Die obere Grenze der Lähmung entspricht einem Segment 3 cm unterhalb des Nabels. Babinsky negativ, Kernig negativ, Kremaster- und Bauchdeckenreflexe nicht vorhanden; Sehnenreflexe — wie Patellarreflexe — nicht auslösbar, kein Klonus. Fußsohlenreflex schwach auslösbar. Hin und wieder sind fibrilläre Zuckungen an beiden Unterschenkeln bemerkbar. Totale Sphinkter- und Detrusorlähmung, der Urin fließt ununterbrochen. Sphinkterlähmung des Mastdarmes. Lungen, Herz o. B.

In der Gegend des Kreuzbeines ist ein handtellergroßer, an Kombustio II. Grades erinnernder, vesikulöser Dekubitus sichtbar, der vollkommen anästhetisch ist. Außerdem ist die Haut über den Malleoli der Tibia und Fibula nekrotisch.

Der Urin ist trüb; im Zentrifugat findet man sehr viele gramnegative, typisch in Nester geordnete extra- und intrazelluläre Diplokokken, deren relative Größe in den Leukozyten den Gonokokken vollkommen entspricht.

Digitized by Google

Diagnose: Myelitis transversa gonorrhoica.

Zur Richtigkeit der Diagnose noch folgende interessante Notizen: 3. III. 0,1 ccm Arthigon intravenös; Digalen; Temp. 37,5—39,2 abends. 4. III. Demarkation des Dekubitus (nach der Tiefe hoffnungslos). 5. III. Abends 0,1 ccm Arthigon intravenös. Temp. 37,8. 6. III. Frühtemperatur 39,5. 7. III. Patient fühlt sich sehr wohl. Temp. 36,9. 9. III. 0,2 ccm Arthigon intravenös. Temp. darauf 40,5. 10. III. Erectio penis. Dekubitus beginnt zu schmerzen, und vom 12. III. ab unaufhaltbare Sepsis. Am 20. III. Exitus letalis.

Die Größe und Tiefe des Dekubitus machte seinen Zustand schon am 4. III. hoffnungslos.

Es ist schade, daß die Sepsis die Entwicklung der Arthigonwirkung verwischt hatte. Trotzdem haben die intravenösen Arthigoninjektionen derartige Reaktionen ausgelöst, die die Richtigkeit der Diagnose rechtfertigen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.

Juli 1922, Nr. 7.

Nach Vesikatorpflaster fleckweise aufgetretene erythematopapulöse Dermatitis inneren Ursprungs (Dermatite érythémato-papuleuse en plaques, de cause interne, provoquee par l'application d'un vésicatoire), von Jeanselme und Klamoutier. S. 321 und 322. Im Gegensatz zu den Fällen von Schädigungen durch Vesikantien, die mit Blasen- und Nierenstörungen einhergehen, zeigt der hier beschriebene Fall das Auftreten einer Dermatitis von papulo-erythematösem Charakter. Befallen waren die Streckseiten der Unterarme ganz, die Innenflächen der Schenkel handflächengroß und das untere Drittel der Unterschenkel an den Außenseiten. Da eine medikamentöse oder alimentäre Intoxikation auszuschließen war, konnte es sich nur um eine Dermatitis inneren Ursprungs handeln, die durch das Vesikatorpflaster ausgelöst war. Nieren- und Blasenstörungen waren nicht vorhanden.

Das syphilitische Syndrom der Zwischenkieferanlage (Le syndrome syphilitique du bourgeon incisif), von J. Nicolas, G. Massia und D. Dupasquier. S. 323 bis 355. Hinweis auf das geringe Bekanntsein dieses Krankheitsbildes. Unter Berücksichtigung, daß der Zwischenkiefer der Sitz der verschiedensten Erkrankungen syphilitischen Ursprungs sein kann, schlagen die Verff. vor, die Krankheitsbilder unter dem Namen des „syphilitischen Syndroms der Zwischenkieferanlage" zusammenzufassen, ganz besonders auch deshalb, weil sich die Erscheinungen sowohl in frühester Embryonalzeit wie nach der Geburt selbst im späteren Leben zeigen. Der nächstfolgende Abschnitt behandelt die Embryologie und Anatomie des Zwischenkiefers (dazu 4 Abb.). Betreffs der Syphilispathologie der Zwischenkieferanlage unterscheiden die Verff. zwischen den angeborenen und den erworbenen Krankheitserscheinungen und bemerken, daß die vorliegende Studie sich besonders auf die letzteren bezieht. Angeboren treten die Erscheinungen unter dem Bilde des Hutchinsonschen Zahnes sowie dem der Hasenscharte auf. Nach der Geburt zeigt die Syphilis des Zwischenkiefers Erscheinungen tertiärer Art und charakterisiert sich anatomisch als Gummi des Os incisivum. Klinisch ist die Erkrankung gekennzeichnet durch Symptome der gummösen Knochenentzündung, die sich streng auf die Zwischenkieferregion beschränkt. Es kommt zur Geschwulstbildung, Ulzeration, Fistel- und Sequesterbildung. In der Mehrzahl der Fälle sitzt die Geschwulst hinter den oberen Schneidezähnen gegen den vorderen Gaumen zu, zuweilen nach vorn über dem Zahnfleisch, selten im Bereich der Nase. Ein wichtiges Symptom ist das

Digitized by Google

Wackeln der Schneidezähne, besonders wenn diese selbst gesund sind. Schließlich ist verdächtig der schleichende Verlauf der Geschwulstbildung. Differentialdiagnostisch kommen der akute Zahnabszeß, die Kieferzyste sowie die Kieferhöhlenentzündung in Frage. Neben kurzer Schilderung dreier selbst beobachteter Fälle von tertiärer Syphilis des Os incisivum enthält der Aufsatz noch 16 in der Literatur niedergelegte Fälle und ausführliche Literaturangabe.

Antigonokokken-Impftherapie der vorderen Harnröhrenentzündungen (Vaccinothérapie antigonococcique des uréthrites anciennes), von A. Nanta. S. 356—361. Verf. berichtet von 4 Fällen von Tripper, die der üblichen Behandlung hartnäckig trotzten und die erst durch die Auto-Vakzinotherapie zur Ausheilung gebracht werden konnten. Im übrigen nichts Erwähnenswertes.

Intravenöse Einspritzungen von Salizylnatrium bei Psoriasis (Les Injections intraveineuses de salicylate de soude dans le traitement du psoriasis), von R. Lutembacher. S. 362—363. Verf. berichtet über einen Fall von generalisierter Psoriasis, bei dem er durch tägliche intravenöse Einspritzungen von 3,0 Natr. salicyl. auf 80 ccm destillierten Wassers Heilung erzielte. Von der achten Spritze ab war die Abschuppung beendet. Die Behandlung wurde fünf Wochen lang fortgesetzt. Außerdem will Verf. vorbeugend noch 10 Einspritzungen monatlich, 8—10 Monate lang, geben. Die Dosierung richtet sich nach der Verträglichkeit des Mittels. Man beginnt mit 0,5 bis 1,0 g Natr. salicyl. Überwachung seiner Ausscheidung im Urin. Nach hochprozentigen, z. B. 20%igen Lösungen wurden Indurationen der Venenwände beobachtet.

Spontanheilung eines Lichen planus im Verlauf einer Diphtherie (Guérison spontanée d'un lichen plan au cours d'une diphthérie), von Payenneville und Trotabas. S. 364—365. Es handelt sich um einen Soldaten, der wegen Lichen planus in klinischer Behandlung stand. Vier Tage nach seiner Klinikaufnahme erkrankte er an Diphtherie und erhielt acht Serumeinspritzungen (im ganzen 280 ccm) im Verlauf von 19 Tagen. Acht Tage nach Beginn der Serumeinspritzungen zeigte sich eine fast generalisierte urtikarielle Eruption, die nach drei Tagen abklang. Gleichzeitig damit wurde ein Ablassen der Licheneffloreszenzen festgestellt. Weitere fünf Tage später war der Lichen vollständig verschwunden, einschließlich der typischen Stellen an der Mundschleimhaut. Arsen hat der Kranke nicht erhalten.

Angeborene pseudoelefantiastische Nackengeschwülste (Tumeurs pseudo-éléphantiasiques congénitales de la unque), von P. Noël. S. 366—367. Bei einem 32jähr. Neger aus Kamerun wurden symmetrisch liegende Geschwülste am Nacken festgestellt, die jederseits von der Schulter bis etwa zur Mittellinie des Rückens (1 Abb.) hinzogen. Sie boten beiderseits die gleichen Konturen. Beim Betasten wurden je drei zusammenhängende, halbhühnerei- bis taubeneigroße Geschwülste wahrgenommen, die nicht gelappt waren, sich elastisch anfühlten und mit der Haut ein zusammenhängendes Ganzes bildeten, ohne scharf gegen die normale Haut abgegrenzt zu sein. Histologisch wurde nicht untersucht, doch erscheint es Verf. nicht zweifelhaft, daß die Tumoren fibromatöser Natur waren. Ätiologie unbekannt.

August-September 1922. Nr. 8—9.

Das gemischte und intermediäre Stachelzellenkarzinom. Metatypische Form des Hautkrebses und der Schleimhautanfänge (L'épithéliome pavimenteux mixte et intermédiaire. Forme métatypique du cancer Malpighien de la peaou et des orifices muqueux), von J. Darier und Marcel Ferrand. S. 385—406. Neben einer kurzen klinischen Beschreibung nebst Abbildung eines Falles von metatypischem Epitheliom enthält die Arbeit eine eingehende Schilderung der Histologie der Stachelzellen-, Basalzellen- und metatypischen Karzinome (dazu 8 Abb.). Verff. betonen, daß die Entscheidung, um welche Art von Epitheliom es sich handelt, dem Mikroskop überlassen werden muß, da oft die metatypischen wie Stachelzellen-Epitheliome klinisch erst ein relativ gutartiges Epitheliom vortäuschen. Betreffs Behandlung schlagen sie vor: frühzeitige und totale Operation bei den Stachelzellen- und den abgegrenzten metatypischen, Radiotherapie bei den noch oberflächlichen Basalzellenepitheliomen, intensive Bestrahlung bei nicht operablen Karzinomen.

Über die Rolle des Sympathikus einer großen Zahl von Dermatosen in der Pathogenese. Erster Teil (Sur le rôle du système sympathique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses), von J. Golay. S. 406—424. Mit Rücksicht auf die vielen Beziehungen des sympathischen Nervensystems zu den verschiedensten Dermatosen hat sich Verf. die Aufgabe gestellt, in der vorliegenden Arbeit diese Beziehungen

Digitized by Google

zu klären und zu ordnen. Es beginnt mit einer kurzen Schilderung der anatomischen und physiologisch bekannten Tatsachen über den Sympathikus. Aus der bekannten Dreiteilung in anatomischer Hinsicht greift er den eigentlichen Sympathikus, das thoracische Segment, heraus, da die beiden anderen Segmente keine direkte Verbindung mit der Haut besitzen. Er betont den Zusammenhang von Zentralnervensystem und Sympathikus als besonders wichtig für das Verständnis der Pathogenese gewisser Dermatosen. Von den Fasersträngen, die beide Nervensysteme verbinden, interessiert ihn nur das somatische oder parieto-organische Faserbündel. Dieses zerfällt wiederum in fünf Gruppen; es sind die Faserbündel für Kopf, Hals, obere Gliedmaßen, Thorax und Abdomen und untere Gliedmaßen. Mit Guillaume ist Verf. der Ansicht, daß der eigentliche Sympathikus vor allem dem Gewebs- und Zelleben dient. Beispiel der Atrophie von Haut, Muskulatur usw. bei Durchschneidung von Halssympathikus. Erwähnung finden natürlich auch die Beziehungen zwischen Sympathikus und Schweiß- sowie Talgdrüsensekretion, von denen die letztere allerdings noch wenig erforscht ist. Dagegen sind die Beziehungen des sympathischen Nervensystems zu den Drüsen mit innerer Sekretion außer jedem Zweifel. Die Funktionsstörungen des Sympathikus in ihrer Wirkung auf die Haut und ihre Anfänge teilt Verf. in drei Abschnitte ein. Der erste behandelt das Jucken als Folge funktioneller Störung des Sympathikus. Die eventuell auftretenden Hauterscheinungen sind sekundär. Im zweiten bespricht er die Hauterscheinungen, die unter dem direkten Einfluß dieser Funktionsstörungen stehen. Der dritte handelt von den Hauterscheinungen, die als Ursache die funktionelle Störung des endokrinen zusammen mit dem sympathischen System haben. Die Faktoren, die eine Störung des Sympathikus bedingen, sind 1. der konstitutionelle oder erworbene Faktor, 2. der toxische Faktor (extern toxisch durch Medikament oder Nahrung, autotoxisch, toxisch-infektiös). 3. der Gruppe der Phänomene, die von Widal unter dem Namen nämoklastischer Chok zusammengefaßt wird. Zu der Gruppe, in der die funktionelle Störung des Sympathikus den Pruritus bestimmt, gehören nach Ansicht des Verf. Prurigo, Lichenifikation, Ekzematisation, die Lichen, die polymorphen schmerzhaften Dermatitiden und die Urtikaria. Für jede einzelne trägt Verf. die Beweismittel zusammen, nach welchen die funktionellen Störungen des Sympathikus das auslösende Moment für obige Krankheitsbilder sind.

Merkurielle Erythrodermie mit tödlichem Ausgang nach einer Quecksilbereinspritzung (Erythrodermie mercurielle mortelle consécutive à une injection de 0,01 de bijodure de mercure), von H. Laborde. S. 425—429. Kasuistischer Beitrag zur Erythrodermie vom scharlachförmigen und pustulösen Typ, entstanden nach einer Spritze von 0,01 Jodquecksilber. Der Fall ist dadurch besonders bemerkenswert, weil er tödlich endigte, was sehr selten ist.

Betrachtung über einen Fall von Recklinghausenscher Krankheit (Considération sur un cas de Maladie de Recklinghausen), von Houloussi Behdjet. S. 430 bis 431. Vollständige Übersetzung dieser Arbeit befindet sich in Nr. 42, Bd. 75 dieser Zeitschrift. F. Quasig-Hamburg.

Česká Dermatologie.

1922, Nr. 4.

Behandlung mit Kohlensäureschnee, von Paul Beutl-Brünn. In der Klinik Tryb wurden folgende Resultate erzielt: Bei Naevus pigmentosus (7 Fälle) wurde meist nach 3—5 Sitzungen von 10—15 Min. Dauer, bei Kindern noch früher, voller Erfolg erzielt. Nur ein behaarter Nävus trotzt der Behandlung. Auch bei zwei verrukösen linearen Nävi verspricht die Methode einen guten Erfolg. Einfache Hämangiome (10 Fälle) heilten glatt; bei Säuglingen genügten 2—3 Sitzungen von 5 Min. Dauer bei geringem Druck. Bei einem kavernösen Hämangiom der ganzen Gesichtshälfte bewährt sich die Behandlung, kombiniert mit Unterbindung der Art. maxillaris externa und Elektrokaustik, sehr gut. Keloide (2) gingen zurück. Kankroide und Epitheliome (18) mußten oft und lange bei starkem Druck behandelt und zumeist nachher röntgenisiert werden; alle heilten bis auf einen Fall aus, 2 kehrten nach einem halben Jahre mit Rezidiv zurück. Von Lupus erythematodes (13) wurden 5 geheilt, 6 wesentlich gebessert, 2 entzogen sich der Behandlung. Tuberculosis verrucosa cutis, die nicht nach Ung. salicyl. pyrogall. ausheilte, wurde nachher noch mit Schnee zur Heilung gebracht. Lupus vulgaris (92) wurde erst nach Zerstörung der Knoten mit Finsenisierung

Digitized by Google

oder Elektrokauterismus mit CO_2-Schnee behandelt. Nur bei diffusen Herden, wo die Knoten nicht deutlich hervortreten, wird zuerst CO_2 angewendet, dann kauterisiert. Vor jeder Schneebehandlung muß man zuerst nach Knoten forschen.

Das neue Antilueticum Wismut, von V. Sedlák-Preßburg. In der Klinik Reinsberg wurden 12 Fälle von primärer, 52 von sekundärer und 6 von tertiärer Lues mit Trépol behandelt. Die Allgemeinreaktion war eine geringe, die Stomatitis erreichte nie höhere Grade nach 10—12 Injektionen. Die Spirochäten verschwinden aus den Effloreszenzen nicht so rasch wie nach Salvarsan, aber schneller als nach Quecksilber. Das Wismut hat sicher spirilloside Eigenschaften (Fieber nach der ersten Injektion, Herxheimersche Reaktion). Markanter ist sein Einfluß auf die luetischen Effloreszenzen: diese heilen nach keinem Mittel so schnell wie nach Wismut. Kombinationen mit Salvarsan wurden gut vertragen.

Totale Undurchgängigkeit eines Bronchus durch einen gummösen Prozeß, von F. Svoboda-Unter-Slivno. 50jähr. kräftiger Brauer, litt an hochgradiger Atemnot; die linke Lungenhälfte atmete überhaupt nicht. Ein 20-Hellerstückgroßes, speckig belegtes, sezernierendes Geschwür mit unterminiertem Rand des Oberarms führte zur Diagnose eines Gumma, das den Bronchus komprimierte. Die Röntgenisierung ergab einen faustgroßen Tumor 1 cm distalwärts von der Bifurkation der Trachea, der den linken Bronchus komprimierte. Nach Jodkali Heilung. G. Mühlstein-Prag.

Archives of Dermatology and Syphilology.

Juli 1922, Bd. 6, H. 1.

Erythema multiforme, nur an den Schleimhäuten auftretend (Erythema Multiforme Confined to the Mucous Membranes), von J. Butler-Minneapolis. S. 1—5. Nach einem geschichtlichen Überblick teilt Verf. einen einschlägigen Fall mit, wo Erythema multiforme attackenweise auftrat, teils mit, teils ohne Vergesellschaftung mit Erscheinungen an den Gliedmaßen.

Cutis verticis Gyrata (Unna), von E. A. Oliver-Chicago. S. 6—9. Mitteilung eines Falles bei einem 52jähr. Manne und geschichtlicher Überblick über die Literatur.

Hämiangiosarkom der Haut (Hemangiosarcoma of the Skin), von A. M. Greenwood-Boston und Th. K. Lawless-Chicago. S. 10—20. Es handelte sich um einen 62jähr. Polierer, dessen Vorgeschichte (abgesehen von einer kürzlichen Operation an Nebenhoden und Vas deferens wegen Tuberkulose) belanglos war. Das Leiden hatte sich vor 18 Jahren zuerst im Gesicht gezeigt. Eine gleichmäßige Rötung habe sich nach und nach am ganzen Gesicht und Hals ausgebreitet. Danach habe es sich über Brust, Bauch, Rücken, Arme und Hinterbacken verbreitet, aber in unregelmäßiger Reihenfolge und ohne subjektive Störungen. Nach einem Bad oder bei Kälte seien die Flecke viel deutlicher hervorgetreten. Befund. Innere Organe gesund. Die befallenen Hautpartien stellen sich aus der Entfernung betrachtet dar als ausgebreiteter, oberflächlicher vaskulärer Nävus mit wechselnden Farbschattierungen: von einem dunkeln Rot an den jüngeren Stellen bis zu einem deutlichen Purpurrot an den älteren. — Bei Erörterung der Differentialdiagnose lehnen Verff. die Diagnose Angioma serpiginosum sowohl wie Poikiloderma atrophicans ab, sind aber der Ansicht, daß die erstere eher für ihren Fall als für sonstige so bezeichnete Fälle zutreffend sein würde. — Auch sei es ohne Belang und lediglich Sache der Nomenklatur, ob man auf Grund des histologischen Befundes sich für die Bezeichnung Hämiangiosarkom oder Hämiangiendotheliom entscheide; wahrscheinlich sei das Leiden aus Nävusbildung hervorgegangen.

Adenoma sebaceum und tuberöse Sklerose des Gehirns (Adenoma Sebaceum and Tuberose Sclerosis of the Brain), von G. M. Olson-Minneapolis. S. 21—26. Mitteilung eines Falles bei einem 18jähr. epileptischen Neger, der bald nach den ersten Anfällen (im fünften Lebensjahre) zahlreiche kleine Geschwülste oder Gewächse bekam, die an den Wangen, dem Kinn und Vorderkopf rote oder gelblichrote Färbung, in der Gegend der Nasolabialfalten, wo sie größer auftraten, blasse und keine Spur von roter Färbung zeigten. Die meisten von den Stellen standen einzeln, nur einige waren zusammenfließend und Flecke ähnlich wie beim Lichen planus bildend. Es waren viele ungewöhnlich große Komedonen über das Gesicht verstreut, außerdem zahlreiche größere und besonders kleinste Naevi pigmentosi am Körper vorhanden. — Adenoma sebaceum

Digitized by Google

ist ein Teil einer weit sich ausbreitenden Störung von nävoidem Charakter, die das Gehirn und wichtige innere Organe umfassen kann, und charakterisiert ist durch eine Wucherung von bestimmten Geweben, die Bildung von wichtigen Tumoren und die in den inneren Organen in bösartige Geschwulstbildung enden kann. Die Beteiligung des Gehirns oder die tuberöse Sklerose besteht im wesentlichen aus Wucherung der Stützsubstanz und Verlagerung von Nervenzellen und dem Auftreten von charakteristischen großen Zellen. Die Geschwülste finden sich in der Hirnrinde und an den Ventrikeln.

Umschriebene Sklerodermie vergesellschaftet mit halbseitigem Gesichtsschwund (Morphea Associated with Hemiatrophy of the Face), von E. D. Osborne-Rochester, Minn. S. 27—34. Streifenförmige oder umschriebene Sklerodermie des Gesichts ist selten. Es werden zwei solcher Fälle beschrieben, sowie auf vier andere Fälle der Literatur hingewiesen. Für die engen Beziehungen zwischen einseitigem Gesichtsschwund und Sklerodermie sprechen die gemeinschaftlichen, allgemeinen ätiologischen Faktoren, wie ungünstige Witterungseinflüsse, Infektionskrankheiten und eine Ähnlichkeit der Hautveränderungen. Letztere, wie sie früh bei Fällen von Hemiatrophie des Gesichtes gesehen wurden, sind nicht immer, aber sehr wahrscheinlich oft von sklerodermieartigem Charakter.

Acnitis, von H. E. Alderson-San Francisco. S. 35—38. Es handelt sich um einen 20jähr. Mann mit vielen kleinen follikulären Pusteln an Wangen, Kinn, Vorderkopf und in Scheitel-Stirngegend der Kopfhaut. Der Pat. hatte Lupus pernio an den Ohrläppchen und typische papulonekrotische Tuberkulide an mehreren Fingern. Auch waren tuberkulöse Halsdrüsen vorhanden. Diese verschiedenen Haut- und Drüsenveränderungen hatten seit etwa zwei Jahren bestanden, und wahrscheinlich war in den tuberkulösen Drüsen die Quelle sämtlicher Hautveränderungen zu suchen.

Blut-Cholesterin-Forschungen bei Syphilis (Studies on Blood Cholesterol in Syphilis), von A. R. Mc Farland-Rochester, Minn. S. 39—49. Die positive WR im Blut ist nicht von hohem Cholesteringehalt abhängig. — Durch Arsphenaminbehandlung werden die Cholesterinwerte im Blut nicht eindeutig beeinflußt. Die einzig erkennbare Beziehung zwischen der klinischen Art der Syphilis und dem Blut-Cholesteringehalt ist bei der Syphilis des Zentralnervensystems vorhanden, wo hohe Cholesterinwerte gefunden werden.

Behandlungsergebnisse bei Wassermann-festen Syphilisfällen mit intravenösen Sublimateinspritzungen (Results in the Treatment of Wassermann-Fast Syphilis by Intravenous Mercuric Chlorid), von A. H. Conrad u. C. H. Mc Cann-St. Louis. S. 50—54. Verff. berichten über gute Erfolge; ob diese Dauergeltung haben, lassen sie dahingestellt. Erst dann wird eingespritzt, wenn reichlich Blut in die Spritze aufgesaugt ist und sich gründlich mit der 1%igen Sublimatlösung gemischt hat. Es wird hiervon bis zu 2 ccm jedesmal verabfolgt, und zwar reihenweise bis zu 20 Injektionen; jede Woche zwei Injektionen. Bei der angegebenen Technik wurden Gefäßschädigungen niemals beobachtet.

Salolbehandlung bei Pocken (Salol in Smallpox), von J. A. K. Birchett jr. u. J. R. Lustberg-Vicksburg, Miss. S. 55—56. Salol, bei Pocken innerlich möglichst frühzeitig gegeben, vermindert die Narbenbildung.

Syphilis der Speicheldrüsen (Syphilis of the Salivary Glands), von J. E. Kemp und J. E. Moore-Baltimore. S. 57—62. Die Speicheldrüsen, namentlich die Parotis, können sich an der allgemeinen Drüsenschwellung in den Frühstadien der Syphilis beteiligen oder noch häufiger der Sitz von Tertiärerscheinungen sein. In ungefähr 5600 Fällen von Syphilis in allen Stadien, die in dem Syphilisdepartement of the John Hopkins Hospital zur Beobachtung kamen, waren viermal (d. h. weniger als 0,07%) diese Drüsengruppe befallen. In der Literatur nur 61 Fälle. Die eigenen Fälle betrafen dreimal Gumma oder Parotis und einmal Unterlippenschanker mit Schwellung der Submaxillardrüsen.

E. Ahrens-Hamburg.

The Urologic and Cutaneous Review.

September 1922, Bd. 26, Nr. 9.

Syphilis der weiblichen Harnröhre (Syphilis of the Female Urethra), von Lloyd Thompson-Arkansas. In Betracht kommen Primäraffekte, makulöse Effloreszenzen, Gummen.

Vorläufiger Bericht über freie Hodentransplantation vom Affen auf den Menschen mit histologischen Befunden (A Preliminary Report of Free Testicular

Digitized by Google

Transplantation from Ape to Man with Histologic Findings), von Max Thorek-Chicago, Ill. Bei der Schwierigkeit, geeignetes menschliches Material zu gewinnen, schien es berechtigt, an Stelle dessen solches von höheren Affen zu verwenden. Die Transplantation gelang nach einer vom Verf. ausgebildeten besonderen Methode sehr leicht, die klinischen Erfolge waren denen bei der Verwendung menschlichen Materiales völlig ebenbürtig; die nach einigen Monaten wieder entfernten Transplantate erwiesen sich histologisch vollkommen lebensfähig erhalten, gut vaskularisiert, mit voller Aktivität des interstitiellen Drüsengewebes.

Chronischer Abszess und Papillom der Niere (Chronic Abscess and Papilloma of the Kidney), von William Cullen Bryant-Pittsburgh, Pa. Zwei Fälle, die beide vor der Operation klinisch als Hypernephrom diagnostiziert worden waren.

Trauma und Syphilis im Lichte der Komplementfixation (Trauma and Syphilis, as Viewed in the Ligth of Complement Fixation), von Ferdinand Herb-Chicago, Ill. Als ätiologischer Faktor, der die Entwicklung syphilitischer Läsionen an der Stelle eines Traumas begünstigt, wird die von dem Trauma geschaffene Komplementfixation in der „Hemmungszone" betrachtet und die folgende Inaktivierung vorhandener spezifischer Fermente, wodurch den an die betreffende Stelle gelangenden spezifischen Syphiliskeimen voller Schutz gewährt wird.

Psychische Eigentümlichkeiten des Negers (Psychic Peculiarities of the Negro), von Bernard Wolff-Atlanta, Ga. Versuch der Konstruktion einer Theorie zur Erklärung der relativen Seltenheit der Homosexualität und der geschlechtlichen Perversionen beim Neger.

Keratodermia Palmaris und plantaris hereditaria, von Noah E. Aronstam-Detroit, Mich. Es wurde in einem Falle bei einem hochgradigen Astheniker der Versuch gemacht, die Krankheit durch sexuelle Hormone zu beeinflussen.

Unblutige Entfernung einer Haarnadel aus der weiblichen Blase (Bloodless Removal of Hair Pin from Female Bladder), von Curtis R. Day-Oklahoma City, Oklahoma. In zwei Fällen Entfernung mittels eines aus einer Uterussonde hergestellten stumpfen Hakens.

Syphilis in der Schwangerschaft (Syphilis of Pregnancy), von James Negley-Los Angeles, Cal. Die moderne Entwicklung der Syphilisbehandlung berechtigt uns gegenüber der syphilitischen Schwangeren zu einem verstärkten therapeutischen Eingreifen.

Inoperable Pyelonephritis (Inoperable Pyelonephritis), von James Steinberg-Los Angeles, Cal. Es ist in diesen Fällen besonders wichtig, alles zu vermeiden, was zu einer Steigerung der Erscheinungen führen kann (zu lange ausgedehnte Zystoskopie, unexaktes Katheterisieren der Ureteren, zu starke Lösungen).

Die Einwirkung der Ligatur des Ureters auf die Niere (The Effect upon the Kidney Following Ligation of the Ureter), von Anders Peterson-Los Angeles, Cal. 8 Fälle, in denen die Unterbindung eines Ureters bei Blasen- und Unterleibsoperationen erforderlich war. Zwei Todesfälle, einen und drei Monate nach der Operation. In einem mit Katgut ligierten Falle gab die Ligatur nach und es stellte sich eine spontane Anastomose mit der Blase her; starke Seide ist vorzuziehen. Krankhafte Zustände der Niere können die Nephrektomie nach der Ureterunterbindung erforderlich machen. Nach der Unterbindung wurden alle Grade von Hydronephrose beobachtet. Während klinisch intermittierende Verlegungen des Ureters sich durch starke Schmerzen zu erkennen geben, traten nach der absichtlichen Unterbindung in der Regel keine Schmerzen auf. Das erklärt sich wahrscheinlich so, daß der Pat. noch einige Stunden nach der Operation durch Anästhesierung unempfindlich ist und während dieser Zeit die Stauung in der Niere ihren Höhepunkt erreicht.

Mit Radium behandelter Hornzellenkrebs der Haut (Cornifying Carcinoma of the Skin Treated with Radium. Report of a Case), von William H. Kennedy-Indianopolis, Ind. Zwei Abbildungen lassen den günstigen Einfluß der Behandlung erkennen.

Nichtspezifische Behandlung der gonorrhoischen Hodenentzündung (Nonspecific Therapy in Gonorrheal Epididymitis), von E. F. Mueller und H. H. Reese-Hamburg. Empfehlung intrakutaner Aolaneinspritzungen.

Sulfarsenol in der Syphilisbehandlung; mit besonderer Berücksichtigung seiner subkutanen Anwendung (Sulfarsenol in the Treatment of Syphilis. With Special Reference to its Subcutaneous Administration), von Warren W. Hewins und Robert R. Acre-Evansville, Ind. Die subkutane Anwendung ist völlig schmerzlos; die Spirochäten schwinden langsamer als bei anderen Präparaten, was aber wohl nur eine Folge der subkutanen Anwendung ist.

Digitized by Google

Die Behandlung der chronischen Harnretention mit Tunnellierung der Prostata nach der Methode von Luys (The Treatment of Chronic Urinary Retention by Tunneling the Prostate According to Luys Method), von Jean Villemin-Nizza. Die Operation stellt eine Zerstörung der adenomatösen Massen durch Elektro-Koagulation mittels eines starken Diathermieapparates dar. Sie soll nicht mit der Prostatektomie rivalisieren, kommt jedoch in Frage, wo diese nicht angezeigt erscheint oder mit zu großen Gefahren verbunden ist. Sie erscheint als Methode der Wahl bei kleiner oder mittelgroßer Prostata, besonders in Verbindung mit Niereninsuffizienz.

E. Levin-Berlin.

Journal d'urologie.

Januar 1922, Bd. 13, Nr. 1.

Die „erweiterte Pyelotomie" (La pyélotomie élargie), von G. Marion. S. 1. Um den Gefahren großer Blutungen durch Nephrotomien bei großen Steinen im Nierenbecken zu entgehen, verwendet Marion mit gutem Erfolg die „erweiterte Pyelotomie": Spaltung des Nierenbeckens mit Verlängerung des Schnittes bis ins Nierenparenchym hinein.

Die Fünfgläserprobe unter Katheteranwendung (Wolbarst) zur Bestimmung des Ursprungs von Eiter, Fäden und Blut im Urin beim Manne (Procédé des cinq verres au cathéter (Wolbarst) pour la détermination de l'origine du pus, des filaments et du sang dans l'urine de l'homme), von Abr. L. Wolbarst-New York. S. 9. Bei voller Blase: Glas 1: Urethra anterior mit 7—8 ccm fassender Spritze mit Borsäure oder destilliertem Wasser gespült. Wenn die Spülflüssigkeit klar abläuft. Glas 2: Klare Spülflüssigkeit als Kontrolle. Glas 3: 30—40 ccm Urin mittels feinen Gummikatheters aus der Blase gewonnen. Ist er klar, so sind mit Sicherheit Blase, Ureteren und Nieren gesund. Glas 4: 30—40 ccm Urin, durch Zurückziehen des Katheters aus der Urethra posterior gewonnen. Glas 5: Urin aus der Urethra posterior nach kräftiger Massage der Prostata.

Beitrag zum Studium der Radiumbehandlung des Karzinoms der Prostata (Contribution à l'étude du traitement du carcinome de la prostate par le radium), von Ch. Perrier und Andreae-Genf. S. 15. Technik: In Lokalanästhesie werden vom Damm aus mittels Troikarts Platinhohlnadeln mit Radium für 80 Stunden in den Tumor versenkt. Wirkung: Das Gewebe dicht um die Nadeln erwies sich nach der Operation des Tumors als völlig nekrotisch, das von ihnen weiter entfernt liegende karzinomatöse als fettig degeneriert. Einige Stellen freilich blieben unbeeinflußt.

Fehlen des Sakrum und Blasenhypoplasie durch Entwicklungshemmung der Wirbelsäule. Behandlung, Besserung (Absence du sacrum et hypoplasie vésicale par arrêt de développement de la moelle. Traitement, amélioration), von A. Cosasescoo-Bukarest. S. 21. Fall eines 10jähr. Knaben. Inkontinenz; Blasenkapazität: wenige Urintropfen. Bei Rektalpalpation keine Prostata fühlbar. Röntgenbild zeigt, daß die vier letzten Kreuzbeinwirbel und das Steißbein fehlen. Dehnbehandlung der Blase mit steigenden Instillationsquanten. Erfolg: Kapazität auf 100 ccm gestiegen. Alle halben Stunden freiwillige Entleerungen von 30—40 ccm Urin.

Beiderseitige Ureteren-Scheidenfistel (zwei Versuche chirurgischer Behandlung, Autopsie) (Fistule urétéro-vaginale bilaterale, deux tentatives de cure chirurgicale, autopsie), von Louis Martin. S. 26. Frau von 34 Jahren. Erste Operation: Wegen narbiger Veränderungen in der Vagina, die eine vaginale Operation unmöglich machten, intraperitoneale Laparotomie. Neue Einpflanzung des dilatiert erscheinenden rechten Ureters. Laparotomiewunde heilt nicht per primam, es bildet sich eine Ureterenbauchfistel aus. Bei der zweiten extraperitonealen Operation wird von der Blase aus vorgegangen und nach Dissektion des linken Ureters die Wunde und Fistel vernäht. Das Peritoneum wurde bei der Operation verletzt. Am achten Tage Tod unter peritonitischen Erscheinungen. Sektion zeigte beiderseits perinephritische Prozesse, rechts Pyonephrose und sekundäre Kalkulose, links leichte Nierenbeckenerweiterung, beide Ureteren erweitert und mit Eiter gefüllt.

März 1922, Bd. 13, Nr. 3.

Über die blutstillende Wirkung des Radiums bei Tumoren der Blase oder der Urethra (de l'action hémostatique du radium dans les tumeurs de la vessie du de l'urètre), von G. Marion. S. 161. Verf. berichtet über sieben Fälle von Blasen- und Urethrapolypen, bei denen wegen ausgedehnter Blutung eine Zystoskopie unmöglich

Digitized by Google

war. Nach Einlegen von Radium in Blasenhals und Blase kam die Blutung prompt zum Stehen, es konnte ohne Schwierigkeit zystoskopiert werden, die Polypen konnten ohne Laparotomie per urethram entfernt werden. In einem Falle handelte es sich um eine große Blasengeschwulst eines 72jähr. Mannes, die nach viermaligem Einlegen von Radium zum Schrumpfen gebracht wurde, so daß eine operative Entfernung nicht mehr erforderlich war. Das Radium wirkt demnach nicht nur blutstillend, sondern bewirkt auch manchmal eine Atrophie der Tumoren. Die Anwendung gestaltet sich derartig, daß 10 cg Radium zwölf Stunden in der Blase gelassen wurden. Die Einführung geschieht mittels Kautschuksonde.

Die Phenol-Sulfophtalein-Probe in der urologischen Chirurgie (l'épreuve de la phénol-sulfon-phtaleine en chirurgie urinaire), von TARDO. S. 166. Die Versuche lassen erkennen, daß die Ausscheidung des Phtaleins nach denselben Gesetzen erfolgt wie die Ausscheidung des Harnstoffes. Harnstoffretention und Phtaleinretention gehen parallel. Die Phtaleinretention besagt dasselbe wie die AMBARDsche Konstante.

Im Verlauf einer latenten Nierentuberkulose in die Bronchien durchgebrochene perinephritischer Abszeß (tuberkulöse Nieren-Lungenfistel) (Abscès froid périnéphrétique ouvert dans les bronches au cours d'une tuberculose rénale latente (Fistule réno-pulmonaire tuberculeuse). S. 195. Verf. berichtet über zwei Fälle von subphrenischem Abszeß, ausgehend von der tuberkulös erkrankten rechten Niere, wobei sich durch das Diaphragma hindurch ein Durchbruch in die rechte Lunge fand.

April 1922, Bd. 13, Nr. 4.

Bemerkungen zur Arbeit SILVIO ROLANDOS über die doppelseitige Zystenniere (A propos du mémoire de SILVIO ROLANDO sur le rein polykystique bilateral), von G. MARION. S. 241. Verf. empfiehlt in den Fällen von Zystennieren, bei denen infolge Verwachsungen der Kapsel mit den Zystenwänden eine Dekapsulation unmöglich ist, ein Abtragen der vorspringenden Zystenwände mit der Schere. Er berichtet über drei derartige von ihm ausgeführte gut verlaufene Operationen.

Die anormale Einmündung des Rektums in die Blase bei dem Neugeborenen (l'abouchement anormal du rectum dans la vessie chez le nouveau-né), von V. CRISTOL. S. 243. An der Hand eines von ihm operierten Falles bespricht der Verf. genau die Entstehung der Atresieformen des Anus. Bemerkenswert ist, daß die durch die Operation entstandene Blasendarmfistel spontan ohne Naht verheilte. Ein Jahr nach der Operation trat ein syphilitisches Hodengumma in Erscheinung, das innerhalb eines Monats unter Schmierkur und Liquor VAN SWIETEN abheilte.

Betrachtungen über die Urinfisteln im Bereich des Dammes (Considerations sur les fistules urinaires urétro-périnéales), von FONSECA. S. 249. Man unterscheidet am besten drei Arten von solchen Fisteln: 1. Fisteln nach periurethralem Abszeß und Cowperitis mit Harnröhrenverengung, 2. ohne eine solche; beide Formen durch Blennorrhoe bedingt, 3. derartige Fisteln bei anderen Harnröhreninfektionen. Bei Bestehen einer Verengung bei Vorhandensein eines Abszesses oder einer Cowperitis ist eine langdauernde Fistelung eine Ausnahme. Besteht ein Abszeß oder eine Cowperitis ohne Verengerung der Harnröhre, bedeutet sie die Regel. Ist eine Blennorrhoe ihre Ursache, so scheint es, daß man sie durch sorgfältige Behandlung vermeiden kann. Der Verf. hat mit ausgiebigen Operationen gute Erfolge erzielt.

Harnröhrenabszeß im Bereich der Eichel (Abscès urineux balanique), von REYNARD und JUVIN. S. 259. Bericht über einen Fall von Abszeßbildung im distalsten Teil der Urethra mit verschiedenen Fisteln in der Eichel und Verengerung der Harnröhre. Heilung durch Operation (Inzision der Taschen von der Urethra aus) und nachfolgende Bougiekur. Derartige pathologische Vorgänge finden sich meistens im Bulbusteil der Urethra, ihre Häufigkeit nimmt progressiv distalwärts ab.

Interureteraler Wulst, die rechte Ureterenmündung verdeckend (Bourrelet interurétéral masquant le méat droit), von ROBERT H. KUMMER. S. 263. Bericht über einen derartigen Fall bei einem 40jähr. Patienten mit Zystitis. Zum Nachweis, daß die Ureterenmündung, also auch ein Ureter, überhaupt vorhanden war, wurde mit positivem Ergebnis Indigokarmin injiziert.

Mai 1922, Bd. 13, Nr. 5.

Über die sogenannten reflektorischen Phänomene des Genitourinalapparates (Sur les phénomènes dits réflexes de l'appareil genito-urinaire), von J. M. BARTRINA-Barcelona. S. 337. Das sympathische Ganglion mesentericum inferius vermittelt re-

Digitized by Google

flektorisch die Harnsperre einer gesunden Niere von der erkrankten aus. Sympathische Nervenfasern dieses Ganglions haben aber auch andere klinische Erscheinungen zur Folge. So kann sich im Gefolge einer Nieren- oder Ureterkalkulose oder einer Nierentuberkulose heftiger Blasenschmerz oder ein Urethralkatarrh zeigen, ohne daß lokale Veränderungen nachzuweisen sind. Uratische Diathese ist auch bisweilen der Grund für Impotenz, Ejaculatio praecox und Spermatorrhoe, ebenso wie sie am Intestinaltraktus kolitische Schmerzen und rektale Tenesmen erzeugen können.

Wechselseitige reflektorische Beeinflussung der Nieren (A propos des réflexes réno-rénaux), von Lanzilotta. S. 343. Auch bei einseitigen Nierenaffektionen kann es zu Schmerzen in beiden Nierengegenden kommen, eine Tatsache, die zur Vorsicht bei der Beurteilung und bei therapeutischem Vorgehen mahnt. Mitteilung von fünf einschlägigen Fällen.

Die großen Hämaturien bei Hydronephrose (Les grandes hématuries dans les hydronéphroses), von Z. Mitsinkidès. S. 349. An der Hand von sechs Fällen weist der Verf. darauf hin, daß nicht nur bei Tuberkulose, Neoplasmen und Steinen, sondern auch bei manchen Hydronephrosen starke Hämaturien vorkommen. Sorgfältigste Diagnosestellung unter Berücksichtigung dieser Tatsache ist daher stets erforderlich. Blutgerinnsel im Nierenbecken können bei der Pyelographie Steine vortäuschen. Diese Hämaturien entsprechen denen bei chronischen, mit Blutungen einhergehenden Nephritiden. Die Therapie besteht bei kleinen Hydronephrosen in konservativer Behandlung, bei großen in Nephrektomie.

Chylurie und Zystoskopie (Chylurie et cystoscopie), von Hartmann-Keppel. S. 359. Drei Fälle von Chylurie aus Ägypten, bei allen Microfilaria Bancrofti im Blut nachgewiesen. Die Zystoskopie zeigte nie geplatzte Lymphbahnen. Die Chylurie auslösende Filariosis kann ihren Sitz ebenso in der Blase wie in den Ureteren oder der Niere haben. Die Behandlung bestand in Darreichung von Urotropin und Fol. uvae ursi. Die Dauer der Chylurie war in allen drei Fällen auffallend kurz.

Ein neuer Fall von Blasensyphilis (Un nouveau cas de syphilis vésicale), von A. Cosasesco. S. 365. Eine 33jähr. Pat. klagt seit 14 Jahren im Anschluß an eine Metritis über Blasenbeschwerden. Sie weist eine Zystitis auf, die durch ausgiebige lokale Behandlung nicht gebessert werden konnte. Die Zystoskopie zeigt ein mit Blutgerinnseln bedecktes Blasengeschwür. WR negativ. Trotzdem antisyphilitische, kombinierte Behandlung, vollständige Heilung innerhalb eines Monats. Zwei Monate später Rückfall, der durch erneute kombinierte Behandlung wiederum im Laufe eines Monats geheilt wurde. WR wieder negativ. Die Diagnose wird vom Verf. als durch den Erfolg der Behandlung gesichert angesehen. E. Sklarz-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte, von Moritz Oppenheim. (3. verbesserte Aufl., mit 50 Textabbildungen. Franz Deuticke, Wien 1922.) Nach Angaben des Verf. soll vorliegendes Werk nicht ein Handbuch ersetzen, sondern einen Leitfaden für das Studium der Haut und Geschlechtskrankheiten abgeben, für den Studenten als Vorbereitungsmittel für die Prüfung dienen, den Ärzten zur raschen Orientierung. Das Hauptgewicht wurde auf die klinische Beschreibung und die Differentialdiagnose gelegt. Auch die Therapie wird den neuesten Forschungsergebnissen gerecht. Das Werk kann allgemein empfohlen werden. Zahlreiche Abbildungen erhöhen den Wert dieses Buches. Der Verf. beschäftigt sich eingehend mit allen Dermatosen uud Geschlechtskrankheiten, so daß in der Tat der Studierende sich schnell zurechtfindet und sein Wissen bereichert.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten, Leitfaden für den praktischen Arzt, von Leo Hauck-Erlangen. (Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig 1922.) Im Titel und Vorwort betont Verf., daß sein Buch nur für den praktischen Arzt bestimmt ist, um diesem eine kurze Übersicht über die zur Zeit herrschende Methodik der Behandlung der Geschlechtskrankheiten zu geben. Dementsprechend hat Verf. die einzelnen Behandlungsarten und die verschiedenen Medikamente nur so weit aufgeführt, wie sie bisher in größerem Maßstabe so erprobt sind, daß sie auch für die Allgemeinpraxis brauchbar sind. Alle noch im Untersuchungsstadium befindlichen Methoden, z. B. die

Digitized by Google

neu begründete Wismutbehandlung, sind fortgelassen worden, wodurch das Buch gerade bei dem beabsichtigten Zwecke nur gewinnen kann. Auch hat Verf. mit viel Kritik den Praktiker vor Ausübung von Methoden gewarnt, die nur der Facharzt beherrschen und ausüben kann. Ein guter Gedanke ist es, neben die zur Behandlungstechnik und die dazu notwendigen Medikamente eine ausführliche Besprechung der Behandlungsschäden speziell bei der Syphilistherapie zu setzen. In einem kurzen Anhang wird das notwendigste über Nachweis der Spirochäten, Gonokokken und Unna-Ducreysche Streptobazillen, des ferneren über die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis besprochen. Das Buch, das entschieden die gesteckte Aufgabe vollauf erfüllt, dürfte nicht nur dem Praktiker ein guter Ratgeber sein, sondern kann auch jedem Facharzt aufs wärmste empfohlen werden. E. Langer-Berlin.

Der Bakteriophage und seine Bedeutung für die Immunität, von F. D'Herelle. Nach einem erweiterten und verbesserten Text des Autors übersetzt von R. Pfreimbter, W. Sell und L. Pistorius. (Verlag Vieweg, Braunschweig 1922.) Das vorliegende Buch stellt die Übersetzung sämtlicher Arbeiten D'Herelles seit 1917 dar. Wie bekannt steht D'Herelle auf dem Standpunkt, daß die Auflösung von Bakterien durch einen lebenden Parasiten der Bakterien, einen ultravisibeln Keim, das Bakteriophagum intestinale infolge Bildung von Fermenten hervorgerufen werde. Die deutschen Forscher dagegen behaupten, daß das lytische Agens ein von Bakterien geliefertes Ferment sei. D'Herelle sucht seine Theorie durch zahlreiche Versuchsreihen, deren Technik genau beschrieben wird, und die sich aus ihnen ergebenden Resultate zu stützen. Im zweiten Teil des Buches befaßt sich der Verf. mit der Bedeutung des Bakteriophagen für die Immunität. Infektion bedeutet für ihn den Kampf zwischen Bakterien und Bakteriophagen. Letzterer zerstört die pathogenen Bakterien, er ermöglicht durch Bildung von Lysinen die Entfaltung der Phagozytose (antibakterielle Immunität) und versetzt die Bakteriensubstanz in einen physikalisch-chemischen Zustand, der die zellulären Produktionsherde zur Bildung antitoxischer Antikörper anregt (antitoxische Immunität). Auf Grund seiner bisherigen klinischen Erfahrungen erörtert der Verf. dann die Möglichkeiten, seine Entdeckung der Therapie nutzbar zu machen. Wenn auch zur Zeit der Streit noch nicht entschieden ist, ob die Auffassung D'Herelles oder die der deutschen Forscher über die Natur des Bakteriophagen die richtige ist, so läßt sich die Tatsache nicht leugnen, daß das D'Herellesche Phänomen im Brennpunkt des Interesses aller Bakteriologen und Kliniker steht, denn es eröffnet sich mit ihm ein großes Forschungsgebiet für die Behandlung aller Infektionskrankheiten. Es wird daher von allen, die sich mit dem D'Herelleschen Phänomen beschäftigen wollen, dankbar empfunden werden, daß die ganze Materie des Verf. in deutscher Sprache zusammenfassend dargestellt worden ist. F. Harry-Berlin.

Biologische Vorfragen der experimentellen Tuberkuloseforschung vom dermatologischen Standpunkt aus, von A. Jesionek. (J. A. Barth, Leipzig 1922.) Jesionek nimmt an, daß der pathogenen Haftung des Tuberkelbazillus eine chemische Reaktion zugrunde liegt, die sich zwischen den Stoffwechselprodukten des Bazillus und dem Bindegewebe abspielt, und zwar dem alten, ausgereiften Bindegewebe, das eine besondere Affinität zu den Ektotoxinen der Tuberkelbazillen besitzt. Letztere bewirken den Schwund des ausgereiften Bindegewebes und üben auf die „latenten, zwischen den Fasern des alten Bindegewebes vorhandenen germinativen Bindegewebszellen" eine Reizwirkung aus, die zur Wucherung „embryonaler" Bindegewebszellen führen. Auf der verschiedenen Reaktionsfähigkeit dieser drei Arten von Bindegewebszellen mit dem Ektotoxin beruhen die einzelnen Typen der Hauttuberkulose. Beim Lupus zeigen die embryonalen Bindegewebszellen nur geringe Affinität zum Ektotoxin. Anders beim Skrofuloderma, wo sie für gewöhnlich nekrotisiert werden. Die menschliche Haut besitzt auf Grund angeborener Bedingungen eine gewisse Immunität gegen das tuberkulöse Gift. Durch die bereits Jahrtausende währende Beeinflussung zwischen Mensch und Tuberkelbazillus sind Änderungen in dem Antagonismus zwischen Ektotoxin und Bindegewebe eingetreten. Die biochemische Affinität wird geringer. Jesionek glaubt, daß die phylogenetisch begründete Organimmunität der Haut gegenüber der Tuberkulose durch die Lichtreaktionsfähigkeit und die sekretorische Funktion der basalen Epidermiszellen vermittelt wird. Der Kulturmensch hat viel von der natürlichen Beschaffenheit der Haut und somit viel natürliche Immunität verloren. Der Verlust wird ausgeglichen durch jene relative spezifische Immunität verschiedenen Grades, welche das Bindegewebe der Haut unter dem Einfluß der tuberkulösen Durchseuchung des Menschengeschlechtes gewonnen hat. F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Die Proteinkörpertherapie und Vakzinebehandlung, von Bruno Busson-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 20, S. 451—454.) Die Aktivierung der Organsysteme zu erhöhter Leistungssteigerung durch unspezifische Mittel ist der Kernpunkt der Lehre von der Protoplasmaaktivierung Weichhards: Alle im Blute kreisenden Eiweißzerfallprodukte geben günstige Nährböden für Bakterien ab. Deshalb beantwortet jeder Organismus die Einverleibung oder Entstehung solcher Spaltprodukte mit erhöhter Abwehrbereitschaft, die Spaltprodukte selbst wirken aktivierend zu gesteigerter Tätigkeit der Abwehrvorkehrungen ein. Letztere äußert sich in Fieber und Entzündung, besonders dort, wo schon akute oder chronische Entzündung vorliegt. Somit kann eine unspezifische Leistungssteigerung durch völlig unspezifische Mittel ganz spezifische Wirkung ausüben. Außer Eiweiß kann derselbe Effekt mit allen Mitteln erzielt werden, die im Körper selbst Eiweißabbau hervorrufen: gewisse Kolloide nicht eiweißartiger Natur, Röntgen- und Radiumbehandlung, organotropische Kristalloide. Bier erblickt als das wirksame Agens ebenfalls die Spaltprodukte des Eiweißes, aber ihre Ursache nicht in ihrer leistungssteigernden, sondern entzündungserregenden und fiebererzeugenden Wirkung. So ist nach ihm bei der von ihm propagierten Bluttransfusion das zerfallende Blut das Wirksame, besonders da, wo schon ein Entzündungsherd vorliegt (Heilentzündung, Heilfieber). Im Gegensatz dazu sieht Luithlen auf Grund dermatologischer Studien die wesentliche Wirkung in Herabsetzung einer Entzündungsbereitschaft und der Durchlässigkeit der Gefäße. Ebenso wirke der Aderlaß durch ausgleichendes Abströmen von Zellplasma in die Blutbahn; dasselbe rufe Einverleibung hypertonischer Kochsalz- und Traubenzuckerlösungen hervor: Änderung des kolloidalen Systems, Umstimmung des Organismus. Der Reiz der Abbauprodukte kann funktionelle Wirkung haben (Vermehrung der Drüsentätigkeit), nutritive (Gewichtsvermehrung), formative (Blutneubildung) und entzündungs-, eventuell fiebererregende und vasomotorische. Wesentlich ist dabei die Stärke des Reizes. Schwache Reize fachen die Lebenstätigkeit an, mittelstarke fördern sie, starke hemmen sie, stärkste heben sie auf (Arndt-Schulzesches Gesetz). Die wichtigsten Voraussetzungen für den therapeutischen Erfolg sind: richtige Dosierung, richtige Auswahl des Mittels, Reaktionsfähigkeit des Organismus, Gefahr der unerwünschten Mitbeteiligung anderer, reizbarerer Krankheitsherde (Kavernen, Nieren- und Herzentzündungen usw.). Bei akut entzündeten Herden können im allgemeinen größere Dosen angewendet werden. Im allgemeinen ist die Proteinkörpertherapie am Platze bei allen infektiösen, aber lokalisierten, akut oder chronisch entzündlichen Prozessen, insbesondere Hauterkrankungen, Urtikaria, Ekzemen, ferner bei Prostatitis, Epididymitis, Adnextumoren, Bubonen usw. Dann bei allgemeinen Bluterkrankungen. In jüngster Zeit bei Serumbehandlung tuberkulös kachektischer Kinder überraschende Gewichtszunahme. Trotz aller Hypothesen kennen wir das eigentlich wirksame Prinzip der Eiweißkörper heute noch nicht. Die Gegensätze ihrer Wirkungen mit der Immunitätslehre sind nur scheinbar. Gelingt es uns beispielsweise bei der Hetero-Vakzinetherapie durch vorausgegangene Injektion von Typhusbazillen ein Versuchstier gegen Cholerainfektion zu schützen, so handelt es sich nicht um eine eigentliche Schutzwirkung im Sinne der Immunitätslehre, sondern um kurzdauernde Resistenzerhöhung durch das Bakterienprotein. Bei Verwendung von Vakzinen zur Proteinkörpertherapie mag neben Eiweißspaltproduktwirkung auch noch eine spezifische Komponente mitbeteiligt sein. Einen Dauerzustand spezifischer Immunität erreichen wir nur durch spezifische Vakzinetherapie. Besonders angezeigt für lokalisierte, abgekapselte Herde: Furunkel, Sykosis, Trichophytie, postblennorrhoische Urethritis, Ozäna usw. Die Tatsache, daß jeder einzelne Stamm eine gewisse individuelle Bewegung besitzt, führt zur Einführung der Therapie der Autovakzination, die nach allgemeinem Urteil der gewöhnlichen Vakzinetherapie weitaus überlegen ist.

H. Soltmann-Leipzig.

Studien zur unspezifischen Reiztherapie. IV. Mitteilung: Nachweis der atropinähnlichen Wirkung des Menschenblutes, von H. Struck-Heidelberg. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., Bd. 93, H. 1—3, S. 140—149.) Verf. hat eine Methode ausgearbeitet, den Nachweis von Substanzen mit atropinähnlicher Wirkung im strömenden Blut des Menschen zu führen. Das Blut zehn normaler Versuchspersonen enthielt diese Substanzen nicht, war unwirksam, ebenso das Blut sechs untersuchter Kranker; besonders

Digitized by Google

in Fällen mit erhöhtem Eiweißzerfall und bei Gravidität wurde eine positive Wirkung beobachtet. Besonders hervorzuheben ist der positive Ausfall der Reaktion bei frischen Infektionskrankheiten und bei Karzinomen. G. Assmann-Kiel.

Über parenterale Behandlung mit unspezifischen Eiweißkörpern, von R. Stintzing. (M. m. W., 1922, Nr. 7, S. 229.) Verf. geht zu Anfang seiner im Auftrage der Deutschen Arzneimittel-Kommission veröffentlichten Ausführungen auf die Tatsache ein, daß man schon zu Beginn der bakteriologisch-serologischen Forschung die parenterale Proteinkörperinjektion in Anwendung gebracht hat. Erst in neuester Zeit wurde erkannt, daß derartigen Eiweißkörpern als solchen besondere, zum Teil heilende Wirkungen am kranken Menschen eigen sind und daß mit Ausnahme sicherlich spezifisch wirkender Heilmittel — wie des Tetanus- und des Diphterieserums — verschiedenen bisher für spezifisch gehaltenen Präparaten unspezifische Wirkungen zukommen. Aus dieser Erkenntnis heraus ist die moderne parenterale Proteinkörperbehandlung bestrebt, ausschließlich Eiweißkörper als solche anzuwenden, die in ihrer Herkunft und chemischen Zusammensetzung bekannt und daher den Seren vorzuziehen sind. Verf. führt dann die hauptsächlich anwendbaren, aus Milch und Milchbestandteilen gewonnenen und einspritzungsfertig hergestellten Präparate auf und erwähnt die sterilisierte Milch, bei der durch Fettbeimengungen gewisse Emboliegefahren zu berücksichtigen sind, das Kasein, das in verschiedenartigen Lösungen hergestellt wird, und das aus entfetteter Milch hergestellte Aolan, das er als keim- und toxinfreie Milcheiweißlösung charakterisiert, nach seinen Angaben intramuskulär und intravenös angewendet werden kann. Günstige Einwirkungen stellen sich in der Regel schon nach der Erstinjektion ein, können sich aber nach weiteren Einspritzungen noch vervollkommnen. Über die Dosierung verlangt er, zu Beginn der Kur eine Dosis zu finden, die groß genug ist, eine eben erkennbare Reizwirkung am Herd zu erzielen, und klein genug, um Schädigungen zu vermeiden. Weitere Ausführungen behandeln die einzelnen Wirkungstheorien. Verf. schließt damit, daß die unspezifische Proteinkörpertherapie eine jedenfalls noch ausbaufähige Bereicherung unseres Heilschatzes bildet. E. F. Müller-Hamburg.

Über Proteinkörpertherapie, von W. Weichardt-Erlangen. (M. m. W., 1922, Nr. 4, S. 107.) Die Proteinkörpertherapie hat sich als leistungssteigernde Maßnahme praktisch als wertvoll erwiesen. Zweifellos ist der Reizwirkung ein wesentlicher Anteil zuzusprechen, und Verf. empfiehlt auch, die praktische Behandlung mit unspezifischen Mitteln unter dem Gesichtswinkel der Leistungssteigerung zu betrachten. Eine solche kann beruhen auf organotroper und humoraler Wirkung, wobei er den höher molekularen, nicht oder schwer dialysablen Eiweißabbauprodukten eine Sonderstellung zuweist, weil sie wegen ihrer physikalischen Beschaffenheit und der Vielheit der beim Abbau auftretenden Gruppen für die Gesamtwirkung von besonderer Bedeutung sind. Zur Frage des Entzündungsbegriffs und seiner Verknüpfung mit einer von Dietrich und Marchand abgelehnten „Heilentzündung" äußert er sich dahin, daß sensibilisierte Zellen anders als normale auf Reize reagieren und daß diese Veränderung sensibilisierter Organe oft in einer Form vor sich geht, daß von „Entzündung" gesprochen werden kann.
E. F. Müller-Hamburg.

Die Förderung der Blutbildung durch Eisen und Arsen, von Franz Müller-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 25, S. 836—837.) Entgegen den von amerikanischer Seite geäußerten Anschauungen, daß nicht Eisen, sondern nur Vitamine die Blutbildung fördern, vertritt Verf. die Ansicht, daß Eisen in das Eiweißmolekül zwecks Aufbau von neuem Hämoglobin eintrete. Chlorotische vertragen Blaudsche Pillen schlecht, während Tinct. ferr. pomat. und Ferrum lact. den Appetit nicht beeinflussen. Bei Arsenmedikation wird die Subkutaninjektion von Natr. kakodyl. empfohlen. Auch die Kombination von Eisen und Arsen (Pil. ferr. arsenicos. oder Tinct. ferr. arsenicos.) ist vorteilhaft.
F. Harry-Berlin.

Die Wirkung der Säuren als örtliche Ätzmittel, von Karl Mayer, Physiol.-chem. Inst. Basel. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 21.) Die lokale Wirkung auf die Gewebe (es ist in der Arbeit nur von der rhino-laryngologischen Behandlung die Rede) kann eine chemische oder eine physikalisch-chemische sein, bezüglich deren die Theorie annimmt, daß die Säuren, und zwar die stärkeren vollständig, die schwächeren zu einem entsprechend kleineren Teil, in Ionen gespalten sind. Neben der Azidität, d. h. den H-Ionen, ist jedoch die Konstitution der Säuren, d. h. ihre Anionen von maßgebendem Einfluß. Bei der Milchsäure kommt im Gegensatz zur Salpetersäure und Trichloressigsäure noch in Betracht, daß sie in verdünnter Lösung die Quellungsförderung verdünnter Säuren zeigt und daß sie lipoidlöslich ist, im Gewebe leicht diffundiert und sich verteilt.

Digitized by Google

In Berührung mit den Gewebssäften bildet ein Teil der Milchsäure mit dem vorhandenen Alkali Salze, und diese drängen die Dissoziation von Milchsäure zurück. Die Milchsäure gehört zu jener Gruppe von Körpern, die man physikalisch-chemisch als Puffer bzw. Moderatoren bezeichnet, woraus folgt, daß ihre spezifische Säurewirkung bei den Reaktionsverhältnissen der normalen Gewebe nur gering sein kann. Ferner kann man daraus schließen, daß ihre Wirkung dort am stärksten ist, wo sich am wenigsten Salze bilden können. In pathologisch, speziell entzündlich veränderten Geweben ist die Säuerung besonders ausgesprochen, es bildet sich also, wenn man Milchsäure hierzu bringt, weniger Laktat. Hiermit hängt auch zusammen, daß sie elektiv nur das erkrankte Gewebe zerstört, was bei Salpeter- und Trichloressigsäure nicht der Fall ist. Verf. tritt für ausgedehntere Anwendung der Milchsäure ein, er sah einen sehr ausgedehnten Lupus der Mundschleimhaut unter Betupfen mit 70%iger Milchsäure ausheilen und bisher acht Monate lang rezidivfrei bleiben. E. Levin-Berlin.

Fazialislähmung infolge von Ätzung mit Chromsäure, von Th. v. Liebermann-Budapest. (D. m. W., 1922, Nr. 27, S. 905.) Eine Chromsäureperle, die auf den schon in Überhäutung begriffenen Boden der Wundhöhle nach Radikaloperation einer Mastoiditis fiel, bewirkte durch den unversehrten Knochen hindurch Lähmung des Fazialis. F. Harry-Berlin.

Über Erfahrungen mit Yatren, insbesondere über die Gefahren der intravenösen Anwendung des Mittels, von Hans Michael-Göttingen. (Kl. W., 1922, Nr. 23, S. 1153.) Verf. beobachtete nach intravenöser Injektion von Yatren puriss. 5% schwere Intoxikationserscheinungen am Verdauungs- und Harntraktus, die wahrscheinlich durch eine Reizung bei der Ausscheidung des Mittels hervorgerufen wurden. Er rät daher zu sehr vorsichtiger Dosierung. Örtlich als Puder, Gaze und Pulver hat sich das Yatren unbedingt in der Wundbehandlung bewährt. Bei Blennorrhoe konnten keine Erfolge beobachtet werden. Ausführliche Literaturangabe. E. Langer-Berlin.

Über Yatren mit besonderer Berücksichtigung zweier Fälle von akuter gelber Leberatrophie nach dessen intravenöser Anwendung, von Zieler und Georg Birnbaum. (M. m. W., 1922, Nr. 18, S. 665.) Versuche im Würzburger pharmakologischen Institut zeigten, daß sich aus Yatrenlösungen beim Kochen Jod abspaltet. Entgegen den Fabrikangaben werden Lösungen also durch Sterilisieren zersetzt. An der Zielerschen Klinik wurde die gute bakterizide und granulationsfördernde Wirkung des Mittels bei Schanker und Unterschenkelgeschwüren bestätigt gefunden, aber keine Überlegenheit gegenüber Albertan und Enzympaste festgestellt. Intramuskuläre Injektionen von 0,5—2,0 einer 2½%igen Lösung wirkten sehr günstig bei Furunkeln. Endovenöse Injektionen 5%iger Lösung führten bei weiblichem Tripper nur in einem Drittel der Fälle zur Heilung, bei komplizierterem männlichem Tripper wirkte das Mittel in dieser Anwendungsform weniger als Gonokokkenvakzine und Terpentin. Syphilis wurde nicht beeinflußt. Bei einer schweren weiblichen Blennorrhoe und einer Syphilis kam es zu tödlicher gelber Leberatrophie. Möglicherweise war die Dosierung zu hoch und wurde in einem Fall zu spät ausgesetzt. Die Giftigkeit war vielleicht Folge der Sterilisierung der Lösung. Man muß daher bei Yatreneinfuhr sorgsam auf eintretende Störungen achten und Lebergeschwächte sind auszuschließen. Häufigere Gaben als täglich einmalige und größere Dosen als 0,5 sind zu widerraten. A. v. Notthafft-München.

Klinische Erfahrungen über Trypaflavin, von H. Dimmel-Wien. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 6, S. 237—238.) Trypaflavin ist ein Akridinfarbstoff. Auf abgegrenzte Eiterherde, wie Drüsenphlegmonen, Venenthrombosen, Osteomyelitiden scheint das Mittel ohne besonderen Einfluß. Ausgezeichnet ist seine Wirkung bei Pneumonien, Eiterungen der Harnwege und auf Bakterien in der Blutbahn. Trypaflavin vernichtet in einer Konzentration von 1 : 5000 nach einstündiger Einwirkung das Gewebe, aber erst in einer Konzentration von 1 : 1000 die Bakterien im Eiter, infolgedessen ist es zur Abszeßbehandlung ungeeignet. Verf. gibt 10—20 ccm einer 1%igen Lösung intravenös, in schweren Fällen täglich, sonst jeden zweiten bis dritten Tag. Injektionen ins Gewebe machen starke Beschwerden und Nekrosen. Von den Nieren wird das Mittel gut vertragen. G. Assmann-Kiel.

Über die Wirksamkeit des erhitzten Pepsins, von E. Salkowski. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 29, S. 1066.) Verf. tritt Payr entgegen, indem er zugibt, daß es auch geringwertigere Pepsine im Handel gebe, er bei dem Pepsin von Finzelberg-Andernach a. Rh. stets eine Gleichheit des Pepsins in erhitztem wie in nicht erhitztem Zustand fand; verdorben wird das Pepsin nur, wenn es nicht genügend trocken ist, da es dann beim Erhitzen bis 100 Grad unwirksam wird. A. Rosenburg-Berlin.

Digitized by Google

Salzsaures Pepsin, ein physiologisches Antiseptikum, von LEOPOLD SCHÖNBAUER-Wien. (Arch. f. kl. Chir., 1922, Bd. 120, H. 1, S. 125.) Im Tierexperiment an 15 Hunden gelang der Nachweis der bakteriziden Wirkung des salzsauren Pepsins bei infizierten Gelenken und infiziertem Peritoneum, während Kontrolltiere, die mit physiologischer Kochsalzlösung und 3%iger Salzsäure behandelt wurden, eingingen. Die salzsaure Pepsinlösung setzt sich zusammen aus: 4,5 g Acid. hydrochlor. dil., 1 g Pepsinum Kathe steril mit der Verdauungskraft 1 : 3000 auf 1500 steriles Aqua dest. Die Lösung wird intraperitoneal ohne Schaden vertragen. Bauchdeckennaht und Darmnähte, ebenso auch alte Narben am Magen wurden durch die Lösung nicht verändert.

E. Langer-Berlin.

Über Jodozym, von STEPHAN-Wiesbaden. (Klin.-ther. W., 1922, Nr. 21—22, S. 185.) Die genaue Prüfung des Präparates ergibt, daß es sich um eine Jodhefe handelt, die 10% Jod organisch an die unveränderten Zellinhaltsstoffe der Hefe gebunden enthält. Bei der Verdauung findet nur eine allmähliche Abspaltung und Resorption statt.

G. Assmann-Kiel.

Zum Jodismusproblem, von O. MUCK-Essen. (M. m. W., 1922, Nr. 6, S. 203.) Die Jodismuserscheinungen an den Schleimhäuten treten besonders gern bei Rauchern auf. Diese produzieren mehr Rhodankalium. Rhodan wirkt jodabspaltend auf Jodkalium.

A. v. Notthafft-München.

Jodoformbildung an der Blasenschleimhaut mittels Kalium hypermanganicum, von KARL PREIS. (W. kl. W., 1922, Nr. 25, S. 566.) Bei Kranken, denen man Jodkali, Jodfortan verabreicht oder Mirion injiziert, bildet sich, sobald man mit verdünnter Kalium hypermanganicum-Lösung (1 : 4000) spült, auf der Blasenschleimhaut Jodoform, das sich sofort durch seinen Geruch bemerkbar macht. Setzt man zu 25—50 ccm des Urins überschüssige konzentrierte Hypermanganlösung, so erhält man einen starken Jodgeruch, der sich später in einen jodoformähnlichen Geruch umsetzt. Behandelt man Schanker mit Jodtinktur und 10%iger Kalilauge, so entsteht auf der behandelten Stelle ebenfalls Jodoform.

E. Langer-Berlin.

Preglsche Jodlösung, von R. DITTRICH und A. HERRMANN-Breslau. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 29, S. 1050.) Es gelang Verff. eine Lösung herzustellen, die der Original-PREGL-Lösung genau entspricht. Auch in klinischer und biologischer Hinsicht bestand keinerlei Abweichung. Die Herstellung der Lösung wird genau angegeben.

A. Rosenburg-Berlin.

Arsenwirkung, Arsengewöhnung und Arsenvergiftung, von K. ULLMANN-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 20, S. 455—458, Nr. 21, S. 488—491, Nr. 22, S. 502—505.) Es besteht eine weitgehende historisch nachweisbare Ähnlichkeit in den Veränderungen durch die Lokalwirkung ungesättigter anorganischer Arsenverbindungen auf die Epidermiszellen und der chronischen Wirkung anorganischer Arsenpräparate auf die Oberhautzellen, die im Sinne einer Homogenisierung von Zellkern und Zellplasma der obersten Zellschichten zu Keratosen und auch multipler Epitheliombildung führen. Diese Wirkung ist zuweilen auch nach Salvarsanserien beobachtet worden, so als akute Hyperkeratosenbildung und wohl nur durch abgespaltene anorganische Arsenreste erklärbar. Die scheinbar so divergenten Heilwirkungen anorganischer Arsenverbindungen beider Reihen im Organismus (der fünfwertigen gesättigten und dreiwertigen ungesättigten Verbindungen aus der aliphatischen und aromatischen Reihe) beruhen höchstwahrscheinlich auf der ausgleichenden Wirkung des Arsens auf unzureichende biologische Oxydations- und Reduktionsprozesse, besonders in gewissen neugebildeten und pathologischen Geweben, wodurch einerseits Zellansatz, andererseits gleichzeitig wieder Zellabbau erzielt werden kann. Arsenpräparate aus der Reihe der dreiwertigen zeigen eine größere Aktivität im Organismus, sowohl im Sinne der Parasitropie als auch der Organotropie. Den drei wichtigsten Applikationsmethoden, der parenteralen, internen und intravenösen, kommt durchaus nicht eine gleichartige Wirksamkeit zu. Die vollkommenste Verarbeitung, Speicherung und dementsprechend nachhaltigste Heilwirkung läßt sich durch die parenteralen (parenchymatösen) Methoden erzielen. Die relativ geringste Wirksamkeit kommt der intravenösen Methode zu, was auf die rasche Elimination und nur kurze, vorübergehende Verweildauer der Arsenverbindungen im Blute und der Leber zurückzuführen ist. In der Mitte steht die nur für gewisse anorganische Arsenpräparate in Betracht kommende interne Zufuhr, besser in Lösungen als in Pillen, die aber individuell sehr verschiedene unregelmäßige Resorptionsbedingung und auch therapeutische Wirkung aufweist. Als heute nicht mehr allgemein gültig muß deshalb auch der Satz bezeichnet

Digitized by Google

werden, daß das Maß der Eliminationsgröße eines Arsenpräparates oder analog wirkender Heilstoffe im Urin oder Kot auch der therapeutischen Wirkung direkt proportional sei. Dieser Satz trifft gerade für die heute so ausgebreitete intravenöse Methode nicht zu. Leber und Nebenniere spielen bei dem Zustandekommen der Krankheitsbilder toxischer Arsenwirkung eine wesentliche Rolle, während die bisher in den Vordergrund gestellten Nierenerscheinungen bei normaler Niere für Arsen zum Unterschiede von Quecksilber wohl nur sekundär in Betracht kommen. Die pharmakologische Wertung der intravenösen Zufuhr von Heilstoffen, besonders der Arsenikalien und analog wirkender Stoffe, entspricht nicht ganz den vorliegenden klinischen Erfahrungen. Die Maximaldosen für Einzelgaben, ganz besonders aber für Serienbehandlungen, bedürfen dringend einer Revision durch systematischen Vergleich mit parenteraler bzw. interner Zufuhr.

H. Soltmann-Leipzig.

Zur Behandlung chronischer Gelenkerkrankungen mit Schwefelöl, von Hermann Weskott-Aachen. (M. m. W., 1922, Nr. 18, S. 679.) Ablehnung des Verfahrens wegen der schweren und nicht ungefährlichen Nebenwirkungen bei geringer Heilkraft.

A. v. Notthafft-München.

Die intravenöse Anwendung der Phenylchinolinkarbonsäure, von B. Mendel-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 25, S. 829—831.) Verf. hat im Tierversuch die leukozytenlähmende und vernichtende Wirkung des Atophans festgestellt und bringt die vermehrte Harnsäureausscheidung bei Gicht nach Atophandarreichung mit dem Zerfall der Leukozyten in Zusammenhang. Nicht die Harnsäuremobilisation, sondern die Entzündungshemmung, die sich in dem Sinken der Leukozytenzahl kundgibt, ist für den Heileffekt bei Gicht verantwortlich zu machen. Mit intravenösen Injektionen von 5 ccm Leukotropin (Name für Phenylchinolinkarbonsäure zur intravenösen Injektion) wurden gute Heilerfolge bei nässenden Ekzemen und allen anderen akuten Entzündungen erzielt.

F. Harry-Berlin.

Kamillosan. (Klin. ther. Wschr., Nr. 21/22, S. 186.) Kamillosan ist ein alkoholischer Extrakt aus den Blüten von Matrikaria chamomilla. Kamillosan hat sich im Krankenhaus Bad Homburg v. d. Höhe sehr bewährt bei katarrhalischen Darmerkrankungen und Dysenterie als Klysmazusatz, ein Eßlöfel auf 1 Liter lauwarmes Wasser, ferner als Salbe bei schlecht granulierenden Wunden, Brandwunden, parasitärem Ekzem und Wundsein von Säuglingen.

G. Assmann-Kiel.

Ein Beitrag zur Naphthalantherapie, von Kurt Sauerbrey-Bremen. (M. m. W., 1922, Nr. 6. S. 201.) Im wesentlichen nichts Neues. Hervorzuheben ist die nicht allgemeiner bekannte bedeutende juckenstillende Wirkung des Präparates. Selbst bei blennorrhoischen Gelenkentzündungen soll es hervorragende Heilkraft entfalten.

A. v. Notthafft-München.

Klinische Erfahrungen mit „Diadin", von Erich Oppenheimer-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 16, S. 501—502.) Das Diadinverfahren hat sich als ausgezeichnetes Mittel bei der Behandlung aller Formen der Trichophytie, selbst in veralteten Fällen, erwiesen. Auch für andere parasitäre Hautkrankheiten sowie für Follikulitiden, bei denen als Krankheitserreger die Staphylokokken eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen dürften, hat sich Diadin bewährt. Bei exulzerierenden Formen des Lupus vulgaris bewirkt Diadin baldige Austrocknung, bei Ulcus cruris schnelle Reinigung der Wundflächen.

G. Heymann-Elbing.

Untersuchungen über Thalliumwirkung, von Buschke und Jacobsohn-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 26, S. 859—860.) Experimentelle Untersuchungen ergaben, daß dem Thallium oligodynamische Wirkung zukommt. Legt man metallisches Thallium auf eine mit Bakterien beimpfte Platte, so bleibt der Nährboden im Umkreis von 7—15 mm steril. Vermutlich beruht die Beeinflussung der endokrinen Organe durch Thallium auf der Ionenwirkung dieses Metalls.

F. Harry-Berlin.

Über Protargolwundsalbe, von Kunowski-Zehlendorf. (D. m. W., 1922, Nr. 27, S. 906.) Zur Behandlung eitriger Wunden, Karbunkeln und Ulcera cruris hat sich Protargolwundsalbe (10% Protargol und 3% Zykloform) gut bewährt.

F. Harry-Berlin.

Erfahrungen mit Obermeyers Herba-Seife in der hautärztlichen Praxis, von Eduard Bäumer-Berlin. (Allg. m. Zztg., 1922, Nr. 36.) Nichts Neues.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Arzneiexantheme, gewerbliche Schädigungen, Dermatitis artef.

Arzneiwirkung und Giftempfindlichkeit der Zellen und Gewebe, von Hans Handowsky-Göttingen. (Kl. W., 1922, Nr. 31, S. 1541.) Verf. will auf experimentellem Wege die Ursachen der Idiosynkrasie mancher Menschen gegenüber verschiedenen Arzneimitteln ergründen. Hierher gehört auch die Giftempfindlichkeit von Vagotonikern und Sympathikotonikern gegenüber autonomen Giften. Die Ursache der erhöhten Giftempfindlichkeit liegt in einer Veränderung der nervösen Korrelation, die wiederum auf einer kolloidalen Zustandsveränderung beruht. Veränderung im Wassergehalt, des Dispersitätsgrades, Erscheinung der Entmischung. Es gibt bereits eine Reihe erprobter Methoden, um an der lebenden Zelle diese kolloidalen Zustandsveränderungen festzustellen.
E. Langer-Berlin.

Gewerbehygienische Öluntersuchungen, von J. L. Heerstermann-Delft. (Zschr. f. Hyg. u. Inf. Krht., 1922, Bd. 96, H. 2, S. 161/6.) Die reizenden Eigenschaften des Öls sind beigemischten Stoffen zuzuschreiben, die 1. durch Schwefelsäure gelöst und entfernt werden, 2. nicht basischer Natur sind, 3. nicht saurer Natur sind, 4. zu den mehr flüchtigen Bestandteilen des Öls gehören, 5. keine Asphaltstoffe sind. Die reizenden Eigenschaften sind nicht den ungesättigten Verbindungen als solchen zuzuschreiben. Freie organische Säure kann einen geringen Einfluß haben, doch sind die Säuregehalte, wie sie in den üblichen Ölen meist vorkommen, nicht sehr wichtig in dieser Hinsicht. Reinigung der Maschinenöle mit Schwefelsäure und Natronlauge ist also für die Praxis das beste Mittel, schädlichen Einwirkungen auf die Haut vorzubeugen.
H. Soltmann-Leipzig.

Beschäftigungsdermatosen (Some Occupational Dermatoses), von A. Ravogli-Cincinnati. (The Amer. Phys.) Bei Verwendung von Teer und ähnlichen Substanzen entstehen auf der Haut, auch auf den nicht unmittelbar mit den Stoffen in Berührung gekommenen Partien, Papeln und Pusteln; leicht erkennbar sind kleine schwarze Punkte im Zentrum der Follikel. Es besteht Juckreiz und Brennen der Haut. Mitgeteilt wird ein Fall bei einem Arbeiter in einer Farbfabrik, der mit Malfarben und Terpentin zu tun hatte. Behandlung: Kompressen mit Borlösung, Puder und Zinkliniment. Bei einem zweiten Fall handelt es sich um eine Dermatose an beiden Beinen durch Messingvergiftung bei einem Arbeiter in einer Messingschmelze, der an einer Drehbank Messing abschabte, wobei gepulvertes Metall und Späne auf die Unterkleidung fielen und wahrscheinlich auch eingeatmet wurden. Die Beine waren von den Knöcheln bis zu den Knien dunkelrot, die Haut teigig geschwollen und schuppend, man sah kleine rötlichbraune, gruppierte Knötchen. Es bestand Brennen und Jucken; außerdem Husten und Bronchialkatarrh. Behandlung: Borwasserverbände, Zinksalbe. Beiden Fällen sind Abbildungen beigegeben.
H. Soltmann-Leipzig.

Luminal und Luminalexanthem, von Hannes Weber-Zittau. (Kl. W., 1922, Nr. 20, S. 998.) Verf. beobachtete in einzelnen Fällen bei Darreichung von Luminal ein skarlatinoides Exanthem und leichte Entzündungserscheinungen der Schleimhäute. Nach Absetzen des Luminals sofortiges Abklingen des Exanthems. Eine Kontraindikation gegen die Anwendung des Luminals bieten diese sehr seltenen Fälle natürlich nicht.
E. Langer-Berlin.

Hauterkrankung nach einer Kur gegen Oxyuren, von A. Japha-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 28, S. 942.) Verf. beobachtete einige Male nach Anwendung von Vermikulinsalbe das Auftreten eines juckenden Ekzems, das sich über den ganzen Körper ausdehnte.
F. Harry-Berlin.

Fall eines künstlichen eitrigen Abszesses durch Einführung von Speichel unter die Haut, von Serdjukoff. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 171, H. 1/2.) Zum Zweck der Selbstbeschädigung während des Krieges war nach zwei Stichen mit einer Nadel Speichel unter die Haut eingeführt worden. Aus dem Abszesse entleerten sich stinkende Gase und trübe eitrige Flüssigkeit. Mikroskopisch fand sich Schleim, eine große Menge von Leukozyten, einzelne Plattenepithelien, sehr viel Hämatoidinkristalle, viel verschiedene Kokken und Bazillen; in der Kultur B. subtilis.
E. Levin-Berlin.

Über Heftpflasterdermatitis, von H. W. Siemens, Derm. Univ. Kl., Breslau. (M. m. W., 1922, Nr. 14, S. 506.) Als Ursache einer durch Leukoplast hervorgerufenen Dermatitis wurde die im Heftpflaster enthaltene Resina Dammar festgestellt. Andere Stoffe reizten nicht, andere Leute wurden nicht gereizt. Die Überempfindlichkeit war also „spezifisch" und „speziell". In einem anderen Falle reizten verschiedene Pflaster und verschiedene Pflasterstoffe.
A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Gifteichendermatitis (Poison Oak Dermatitis), von H. G. ALDERSON-San Franzisko. (Calif. State J. of Med., May 1921.) Der giftige Bestandteil ist ein nicht flüchtiges Glukosid, enthaltend Rhamnose, Fisetin und Gallensäure. Wahrscheinlich erfolgt Übertragung durch Pollen oder Blatthaare, die das Gift nicht enthalten, aber durch Kontakt mit anderen Teilen der Pflanze aufnehmen, und durch den Rauch des brennenden Holzes. Die Bevölkerung in Kalifornien kennt die Krankheit seit langer Zeit. Viele sind immun; oft aber verschwindet die Immunität. Die Eingeborenen schützen sich gegen Erkrankungen durch Genuß von Blättern und Zweigen der Pflanze. Durch intraglutäale Injektionen von Gifteichenextrakt werden die Symptome bald gebessert. (2—3 Injektionen von 1 ccm des Extraktes.) Wie lange die Immunität anhält, kann nicht gesagt werden. Verf. schildert 34 Fälle von akuter Dermatitis mit starker Schwellung der befallenen Teile. H. Soltmann-Leipzig.

Ein Fall von ausgedehnter Gangrän durch Verbrennung mit Kupfersulfat, von M. THAL-Litauen (Rakischki). (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1922, Nr. 13, S. 399.) Ein 65jähr. Russe hatte zur Beseitigung von Krätze eine in seinem Dorfe allgemein übliche Salbe benutzt: feingestoßenes Kupfervitriol mit Fett verrieben. Am nächsten Tage verspürte er starkes Brennen der blaugewordenen Haut, am 3. Tage bei Krankenhausaufnahme boten Beine und Arme das Bild einer Verbrennung 2.—3. Grades und waren intensiv blau gefärbt. Im Laufe der nächsten Tage stellte sich trockene Gangrän ein, an der rechten Hand nur die Kuppe des Mittelfingers, den er zum Schmieren der Salbe benutzt hatte. Der ohnedies dekrepide Kranke (Myokarditis, Arteriosklerose) starb bereits nach 24 Stunden. H. Soltmann-Leipzig.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Eine neue Beleuchtungseinrichtung für Röntgenzimmer, von E. HABERER-Loslau O./S. (M. m. W., 1922, Nr. 16, S. 594.) A. v. Notthafft-München.

Beobachtungen über künstlich erzeugte Lichtwirkung auf die Hautkapillaren und ihre Verwertung als biologischer Maßstab zur Dosenmessung in der Röntgentiefentherapie, von GUSTAV WELSCH, Med. u. Nervenkl., Tübingen. (M. m. W., 1922, Nr. 15, S. 546.) Um der Frage der „Überempfindlichkeit" gegen Röntgenstrahlen näher zu kommen, hat Verf. die Haut der Infraklavikulargegend bei Gesunden und „Kapillarschwachen" mit gleichen Dosen Höhensonne gereizt. Das entstehende Erythem wurde der Hautkapillarmikroskopie unterworfen. In der Haut Normaler zeigte sich dann mäßige Steigerung der Gefäßfüllung an den kleinen schlingenförmigen Haargefäßen der Papillen, normale, aber beschleunigte Strömung, der subpapilläre Gefäßknäuel stärker ausgesprochen; die Hautleisten waren kaum etwas weniger scharf und Exsudation und Ödem der Haut war sicher nicht nennenswert. Bei den Vasomotorikern oder sonstigen „Kapillarschwachen" waren alle diese Erscheinungen mächtiger und ausgebreiteter: pralle Füllung und Vermehrung der Papillargefäßchen; Sichtbarwerden bisher unsichtbarer. Der subpapilläre Plexus, dicht und in ein deutlicheres oberflächliches und ein undeutlicheres tiefer gelegenes zerfallend, der Untergrund statt weißgelblich rot, Verschwinden der Hautleisten und andere Ödemzeichen. Von 10 Fällen mit ausgesprochenem „Vasomotorismus" reagierten 8, von 2 Urtikaria- und 3 Basedowfällen sämtliche in letzterem Sinne; ebenso eine Syringomyelie. 4 Nierenerkrankungen verhielten sich verschieden: starke Reaktion mit folgender Pigmentierung bei 2 Nephrosen, mäßige bei 2 subakuten Glomerulonephritiden, Mangel jeder Reaktion bei einer schweren chronischen Nephritis (Verhinderung durch die Bindegewebsvermehrung der ödematösen Haut). Das gleiche zeigte eine RAYNAUDsche Krankheit (dank allgemeiner kapillärer Gefäßasphyxie) und 2 von 3 Zuckerkranken. Mittels dieser Methode kann man also bei verdächtigen Fällen vor Röntgenbehandlung sich über die Lichtreaktion der Haut ein Urteil bilden. Wenn aber das Gesichtsfeld gar nicht reagiert, so kann man umgekehrt vielleicht sogar sehr mutig bei der Röntgendosierung sein. Außerdem kann man so die Kapillaren auf ihre Tätigkeit prüfen, „Ödembereite" von „Ödemtorpiden" trennen. A. v. Notthafft-München.

Untersuchungen über die Brauchbarkeit des SABOURAUD-Dosimeters, von P. WELS, Univ.-Klinik Kiel. (Strahlenth., Bd. 13, S. 174.) Durch vergleichende tontoquantimetrische Messungen weist W. die Brauchbarkeit des SABOURAUD-Dosimeters nach gerade unter Verhältnissen, wo durch Filtrierung eine Mindesthärte erreicht, wegen schwankender Intensität ein Dosieren nur nach Zeit unmöglich ist. Besonders brauchbar ist das HANS MEYERsche Meßverfahren, bei dem bekanntlich immer bis zur Teinte B bestrahlt wird. Der mögliche Meßfehler beträgt bei dieser $^1/_{10}$ der Dosis. G. W. Unna-Hamburg.

Digitized by Google

Das Problem der Röntgentiefentherapie vom physikalischen Standpunkt, von Friedrich Dessauer-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1922, Nr. 29, S. 1395.) Verf. kritisiert das Vielerlei der Methoden und bespricht die Fortschritte der Physik in der letzten Zeit, wodurch ein exakteres Arbeiten ermöglicht wird. E. Langer-Berlin.

Über eine neue Röntgenröhre mit sehr großem Schärfeindex, die Müller-Elektronenröhre, von L. G. Heilbron-Amsterdam. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1922, Bd. 29, H. 3.) Empfehlung einer durch Verkleinerung der Strahlenquelle verbesserten Coolidge-Röhre der Firma H. F. Müller-Hamburg. E. Levin-Berlin.

Lassen sich nach Röntgenbestrahlungen durch das Ultramikroskop Veränderungen der Erythrozyten nachweisen? von Ulrich-Frankfurt, Heiligengeist-Hospital. (Strahlenther., Bd. 13, H. 1, S. 145.) Bei längerdauernder Röntgeneinwirkung läßt sich weder mit dem Dunkelfeld in vivo, noch mit dem Ultramikroskop in vitro Formveränderung der Erythrozyten feststellen. G. W. Unna-Hamburg.

Über die Einwirkung von Röntgenstrahlen auf die vitale Färbbarkeit der Gewebe, von L. Halberstädter und O. Wolfsberg-Berlin. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1922, Bd. 29, H. 5.) Gesteigerte Intensität der Strahlung bewirkt zunächst eine stärkere vitale Färbbarkeit der Gewebe. Beim Parenchym ist der Höhepunkt bald erreicht. Die Dosenbreite, innerhalb derer die vitale Färbbarkeit liegt, ist bei Parenchymzellen kleiner als beim Bindegewebe. Das Epithel reagiert schneller auf Steigerung der Intensität als das Bindegewebe. Die Röntgenwirkung, die sich in der Umstimmung des Gewebes für vitale Färbbarkeit äußert, tritt sehr rasch ein, und zwar schneller und eindrucksvoller für das Parenchym als für das Bindegewebe. Für bestimmte Dosen scheinen etwa eine Stunde nach der Bestrahlung tingierte Tiere die stärkste Parenchymfärbung, etwa sieben Tage nach der Bestrahlung tingierte Tiere die stärkste Bindegewebsfärbung aufzuweisen. Die Röntgenwirkung auf die Steigerung der vitalen Färbung klingt für Epithel und Bindegewebe verschieden schnell ab. E. Levin-Berlin.

Über die Wirkung von primären und sekundären Röntgenstrahlen auf die Bakterien, von L. Halberstädter und P. S. Meyer-Berlin. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1922, Bd. 29, H. 4.) Die Röntgenstrahlen sind imstande, B. prodigiosus in frischer Aussaat bei genügender Intensität der Bestrahlung zur Abtötung zu bringen; diese Wirkung wird ganz wesentlich verstärkt, wenn Sekundärstrahlen, die von Substanzen mit hohem Atomgewicht ausgehen, die reine Röntgenstrahlenwirkung unterstützen. Für die Praxis hat diese Tatsache noch keine Bedeutung, da die erforderliche Röntgenstrahlenwirkung doch erst bei Intensitäten erzielt wird, die der menschlichen Haut nicht zugemutet werden können. E. Levin-Berlin.

Über Erregung und Lähmung tierischer Zellen durch Röntgenstrahlen, von Victor Hoffmann-Bonn. (Strahlenther., Bd. 14, H. 2, S. 165—198.) Das Arndt-Pflügersche Gesetz wird an Larven und Eiern von Rana fusca nachgewiesen. Gleichgroße, unter denselben Lebensbedingungen gehaltene, genau ausgesuchte Eier der Kaulquappe wurden serienweise bestrahlt. Dabei rief 20—40% einer harten, gefilterten und biologisch geprüften Hauterythemdosis eine erregende Wirkung hervor, erkennbar durch rascheres Durcheilen der Entwicklungsstadien, Plus an Größe und Länge und einen gesteigerten Stoffwechsel. Die Lähmung gelang bei 50—100% der HED in Zurückbleiben, Mißbildung und Tod der Eier und Larven zu demonstrieren. Weichere Strahlen wirkten dabei intensiver biologisch als gleiche Mengen harter Strahlen, ebenso konnte die Summation derselben oder verschiedenartiger Reize in förderndem Sinne und in schädigendem nachgewiesen werden. (Bilder und Versuchsprotokolle.) G. W. Unna-Hamburg.

Über Geschlechtsbeeinflussung durch Röntgenstrahlung, von J. Weloch, Univ.-Frauenklinik Marburg. (Strahlenther., Bd. 13, H. 1, S. 114—125.) Mit Hilfe der Eierstockschädigung glaubt M. Fraenkel das Geschlecht beeinflussen zu können. Durch Statistik über Fälle, in denen Frauen nach oder während der Bestrahlung konzipierten, wurde keine Beeinflussung nachgewiesen, ebensowenig ergab die Rundfrage bei Familien, in denen der männliche Sexualapparat den schädigenden Einwirkungen der Röntgenstrahlen ausgesetzt war, einen richtenden Einfluß auf die Geschlechtsbestimmung. G. W. Unna-Hamburg.

Zur Frage der Lichtbehandlung des Tetanus, von A. v. Brust-Zürich. (M. m. W., 1922, Nr. 17, S. 618.) Bestrahlungen von milzbrandsporengetränkten Seidenfäden oder Sporenaufschwemmungen mit der Quarzlampe hatten keine Erfolge aufzuweisen. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Zur Frage des Röntgensarkoms, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese des Sarkoms, von A. Beck, Chir. Univ.-Klinik, Kiel. (M. m. W., 1922, Nr. 17, S. 623.) Kritische Gedankengänge ausgehend von drei einschlägigen Fällen.

A. v. Notthafft-München.

Praktische Eigenschaften und biologische Wirkung der von der Rückseite der Antikathode ausgehenden Röntgenstrahlung, von L. Halberstädter-Berlin. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1922, Bd. 29, H. 4.) Bei der Glühkathodenröhre entstehen die Röntgenstrahlen an allen Punkten der Antikathodenoberfläche; sie haben überwiegend eine geringere Durchdringungsfähigkeit als die fokale Strahlung. Die Intensität der Strahlung, soweit sie die Röhre nach rückwärts verläßt, kann auf etwa $^1/_4$ der Intensität der fokalen Strahlung geschätzt werden. Eine Schädigung durch die rückwärtige Strahlung ist trotzdem nicht ausgeschlossen, und deshalb sind entsprechende Sicherungen erforderlich (Anordnung beim Multivolt von Siemens & Halske.)

E. Levin-Berlin.

Ein Beitrag zur Frage der Spätreaktion nach Röntgenbestrahlungen, von Fritz M. Meyer-Berlin. (Zbl. f. Gyn., 1922, Nr. 32, S. 1315.) Verf. betont die Wichtigkeit, bei der Definition „Spätreaktion" sich an eine scharf umschriebene Krankheit zu halten. Er schlägt vor, als Spätreaktion eine krankhafte Veränderung der Haut zu verstehen, die frühestens mehrere Monate nach erfolgter Röntgenbestrahlung auf dem bestrahlten Hautbezirk sich zeigt, ohne daß ihr, sei es während der Bestrahlung, sei es mehr oder minder unmittelbar im Anschluß an dieselbe, eine Radiodermatitis vorausgegangen war. Also nur Hautschädigungen kommen als Spätreaktion in Betracht, da sie vom Patienten bald bemerkt und vom Arzt beobachtet werden können. Verf. beschreibt einen Fall, in dem 11 Monate nach Beendigung einer Bestrahlungsserie eine hochgradige Dermatitis aufgetreten war. Verf. glaubt, daß derartige Dermatitiden häufiger auftreten, als allgemein bekannt ist. Er bittet seine Fachkollegen, doch ja alle derartigen Fälle zu veröffentlichen, damit mehr Klarheit in diese Angelegenheit, die von solch enormer Bedeutung für die Allgemeinheit ist, gebracht wird.

A. Rosenburg-Berlin.

Zur Kenntnis der Wirkung ultravioletter Lichtstrahlen und ozonisierter Luft, von G. Klemperer und L. Rabinowitsch-Kempner-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 7, S. 241—247.) Von der Tatsache ausgehend, daß die ultravioletten Strahlen, als die Hauptfaktoren in der heilenden Wirkung des Sonnenlichtes, die Luft zu ionisieren, d. h. in ihre Ionen N und O, die die Träger der elektrischen Energie sind, zu zerlegen vermögen, wobei der ionisierte O sich leicht in Ozon verwandelt, prüften Verff. die Wirksamkeit der mittels Quecksilber-Quarzlampe mit ultravioletten Strahlen angereicherten Luft, indem sie dieselbe durch Bakterienaufschwemmungen leiteten. Es ergab sich gegenüber dem Kontrollversuch deutliche Hemmung des Wachstums. In einem zweiten Versuch hielten sie durch einen zwischengeschalteten Kondensator die Ionen vollkommen zurück, so daß nur die Ozonmoleküle zur Wirkung kamen. Hierbei ergab sich, daß die bakterienschwächende Wirkung der mit ultravioletten Licht durchstrahlten Luft auch ohne Anwesenheit von ionisiertem Sauerstoff eintrat, also hauptsächlich auf die Ozonisierung zurückzuführen ist. Die Ozonwirkung selbst studierten Verff., indem sie mittels Ozonapparat Ozon in einen Krankensaal mit Tuberkulösen leiteten. Es ergab sich kein entscheidender Einfluß auf den Verlauf der Krankheit. Somit kann bei der Heilwirkung des Sonnenlichtes bei der Tuberkulose der Ionisierung und der Ozonisierung kein entscheidender Anteil zukommen. H. Soltmann-Leipzig.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Priv.-Doz. Dr. Otto Kneise in Halle a. S. ist zum nichtbeamteten a. o. Professor (Urologie) ernannt worden.

Gestorben: Dr. John James Pringle, konsultierender Dermatologe am Middlesex Hospital in London. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. Januar 1923 | Nr. 4 | Band 76

Intermediärer Stoffwechsel und Hautkrankheiten.

Von

Dr. Erwin Pulay in Wien.

II. Kalk.

Nachdem Chiari und Januschke die Bedeutung des Kalziums für die Gefäßdurchlässigkeit aufzeigten, hatte vor allem Luithlen für unser Spezialgebiet experimentelle Untersuchungen über das Kalzium durchgeführt.

Es konnte im Tierexperiment dargetan werden, daß Kalziummangel erhöhte Gefäßdurchlässigkeit setzt, Kalziumvermehrung die Gefäße dichtet.

Wir können auf die umfangreiche Literatur, die über das Kalzium bereits vorliegt, hier nicht näher eingehen und wollen nur kurz auf jene Daten hinweisen, welche für unsere engere Fragestellung prinzipiell wichtig sind.

Es handelt sich um die Untersuchungen, die sich mit dem Vorkommen des Kalkes im Blute eingehender beschäftigen.

Über die Art, in welcher der Kalk im Blute gebunden ist, herrscht bisher keine Einiguug. Allgemein wird angenommen, daß das Kalzium sowohl als Ion in Ionenform, als auch als nicht dissoziertes Calcium hydrocarbonat und an Eiweiß gebunden im Blut vorkommt. Für die normale Funktionsfähigkeit der Membranen soll eine ganz bestimmte Kalziumionenkonzentration unerläßlich sein.

Nach Brinkmann und van Damm ist die Kalziumionenkonzentration im Blut ähnlich wie die Wasserstoffkonzentration konstant und automatisch eingestellt und fixiert. Für die Membrankolloide sollen lediglich die freien Kalziumionen in Betracht kommen. Während die Konzentration der freien Kalziumionen konstant bleiben muß, kann die totale Kalziummenge innerhalb weit auseinanderliegender Grenzen variieren. Dieses Moment ist festzuhalten, weil wir zeigen werden, von welch hohem Interesse dasselbe gerade für die uns im besonderen beschäftigenden Fragen sein wird.

Bisher haben Heubner und Jansen Bestimmungen über die totalen Kalziummengen im Blut ausgeführt. Nach Auffassung von Brinkmann müßte eine Vermehrung der Kalziumionen im Blut Störungen im Gesamtorganismus zur Folge haben. Auffallender Weise finden wir in der Literatur diesen ganzen Fragekomplex unberücksichtigt, obwohl er erhöhtes Interesse für sich beanspruchen würde, namentlich schon im Hinblick auf therapeutische Fragen.

Die Kalziumionenkonzentration wurde bisher in der Klinik soviel wie gar nicht berücksichtigt. Auch Untersuchungen über den Gesamtkalk im Blut liegen nur vereinzelt vor.

Digitized by Google

Krankheitstypus	Fall I		Fall II		Fall III		Fall IV	
	Kalk	Kalkionen	Kalk	Kalkionen	Kalk	Kalkionen	Kalk	Kalkionen
Urtikaria	14,79 (14,28)	—	51,64 (51,84)	4,46 (4,59)	20,64	—	—	—
Pruritus	14,06 (14,24)	2,56	14,79 (14,18)	0,097	—	—	20,74 (20.64)	—
Ekzeme	20.74 (20,64)	—	—	—	23,74 (23,69)	2,42 (2,42)	14,34 (14,49)	2,24 (2,24)
Prurigo	40,79	2,34	—	—	—	—	—	—
Seborrhoe (Acne vulgaris + Defluvium capilitii)	24.54 (24,72)	2,84	32,74 (32,89)	4,68 (4,00)	14,59 (14,68)	—	49,72 (49,56)	6,78 (6,70)
Acne rosacea	—	—	30,72 (30,08)	—	40,97 (40,64)	2,22 (2,22)	14,72 (10,98)	—
Angioneurotisches Ödem, Typus Quincke	20.08 (20,17)	—	—	—	—	—	—	—
Sklerodermie	26,94 (26,56)	—	36,39	—	—	—	—	—
Raynaud	—	—	23.64 (23,50)	—	40,29	2,22	—	—
Erythema exsudativum multiforme mit Peliosis rheumatica	14,70 (14,82)	—	—	—	—	—	—	—
Lichen Vidal	30,68	5,04 (5,0)	—	—	—	—	—	—
Xanthom	16,54	—	—	—	24,68 (24,24)	—	36,29	—
Lipomatosis dolorosa	24,6	2,34 (2,40)	—	—	—	—	—	—
Erythema nodosum	40,56	2,22	—	—	—	—	—	—
Lupus erythematosus	24,29 (24,14) 45,69	3,27	—	—	—	—	—	—

In der Dermatologie sind meine diesbezüglichen Untersuchungen die ersten Feststellungen über diese Frage. Es schien mir schon deshalb wichtig, dieser Frage näherzutreten, da ja aus aprioristischen Erwägungen wünschenswert gewesen wäre, sich vor allem über die unter normalen und pathologischen Verhältnissen herrschende Kalkkonzentration im Blute zu orientieren, ehe man daran ging, das Kalzium in so breitem Ausmaße für die Therapie heranzuziehen.

Ist die Kalziumionenkonzentration im Blut veränderlich und zwar: a) in pathologischen Prozessen vermehrt oder vermindert, b) setzt Kalkzufuhr eine Vermehrung des Blutkalkes, c) bezieht sich die Kalkvermehrung in gleicher Weise auf Kalziumionen und auf den Gesamtkalk oder lassen sich hierin Unterschiede aufzeigen. Diese Fragestellung wurde uns zur Problemstellung.

Die vorliegenden theoretischen Feststellungen sind gering und lassen eine eindeutige Beantwortung dieser Frage zur Zeit nicht zu.

Digitized by Google

Fall V		Fall VI		Fal VII		Fall VIII		Fall IX	
Kalk	Kalkionen	Kalk	Kalkionen	Kalk	Kalkionen	Kalk	Kalkionen	Kalk	Kalkionen
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20,72 (20,68)	—	—	—	44,64	3,96 (3,84)	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
45,62 (45,17)	—	4,24	—	—	—	—	—	14,92 (14,81)	3,62 (3,79)
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Rey sah beim Hunde den Kalkgehalt des Blutes auf intravenöse Infusion nach 3—5 Tagen auf das Doppelte der Norm ansteigen. Aus dieser Beobachtung schließt er, daß der Kalk im Körper vorübergehend aufgespeichert werden kann. Bei Katzen fanden W. Häubner und Rona nach intravenöser Zufuhr kristallisierten Kalziumchlorids in Dosen von 0,12—0,27 g pro Kilo Tier ein Ansteigen des Blutkalkes auf das Zwei- bis Dreifache der Norm. Auch nach subkutaner Zufuhr von Kalksalzen steigt der Blutkalkwert. Alle diese Untersuchungen bezogen sich aber nur auf das Gesamtkalzium, niemals aber auf das freie Kalzium. Nach dieser Richtung hin sind die Untersuchungen von M. Richter-Quittner von besonderem Interesse. Sie konnte zeigen, daß die Blutkörperchen des Menschen und aller untersuchten Tierarten (mit Ausnahme von der Gans) sowohl unter physiologischen als unter pathologischen Bedingungen frei von Kalzium sind; weiter konnte sie den Nachweis erbringen, daß durch perorale Zufuhr von Kalksalzen sowohl der Gesamtkalkgehalt als auch der Gehalt an freiem Kalzium sehr stark erhöht wird und unter diesen Versuchsbedingungen Kalzium in die Blutkörperchen eindringt.

Ich habe nun versucht, die verschiedenen Formen der Dermatosen systematisch einer Untersuchung auf Kalk zu unterziehen. Dabei achtete

Digitized by Google

ich sowohl auf die Kalziumionenkonzentration als auch auf den Gesamtkalkgehalt des Blutes[1]).

In umstehender Tabelle sind meine diesbezüglich erhobenen Feststellungen zusammengefaßt. Wenn wir dieselben überblicken, so zeigt sich vor allem eine Konstanz in der Kalziumionenkonzentration. Es werden geringe Schwankungen nach oben oder unten bereits von Bedeutung sein.

Weiter lassen unsere Beobachtungen erkennen, daß die Kalziumionenkonzentration nicht immer mit dem Gesamtkalkgehalt parallel geht; es finden sich Fälle, in denen die Kalziumionenkonzentration bei erhöhten Gesamtkalkwerten normal bleibt (Erythema nodosum), andererseits lassen einzelne Fälle eine bedeutende Erhöhung in der Ionenkonzentration beobachten. Diese Erhöhung entspricht der Vermehrung im Gesamtkalk. Und schließlich konnten wir einen Fall beobachten, in welchem die Ionenkonzentration erhöht war, während die Gesamtkalkwerte niedriger waren, als es der Norm entspricht.

Diese Befunde sind immerhin auffällig, lassen eine Deutung vorläufig nicht zu, vor allem schon deswegen, weil das von uns untersuchte Material noch viel zu klein ist und daher in der Beurteilung besonderer Vorsicht und Kritik bedarf. Was wir aber aus den bisherigen Untersuchungen abzuleiten berechtigt zu sein glauben, ist die Tatsache, daß wir Schwankungen der Kalziumionenkonzentration beobachten können und daß sich der Kalkgehalt bei den verschiedensten Dermatosen verschieden verhält. Inwieweit dieses Verhalten auf die Pathogenese der einzelnen Krankheitsformen bestimmenden Einfluß nimmt, werden erst weitere Untersuchungen festzulegen haben. Wie wir an anderer Stelle ausführen werden, ist gerade für diese Frage das Verhältnis des Wassergehaltes im Blut von Bedeutung.

Schließlich konnten unsere Untersuchungen zeigen, daß gerade für jene Fälle, für welche nach unseren bisherigen Vorstellungen eine Verminderung im Kalziumgehalt zu erwarten gewesen wäre, sich eine solche nicht immer hat nachweisen lassen. Im Gegenteil, man findet oftmals auffallend hohe Kalkwerte. Diese Beobachtungen sind nach zwei Seiten hin von besonderem Interesse: vor allem zeigen sie, daß unsere bisherigen Vorstellungen über das Kalzium und seine Bedeutung im Organismus einer weitgehenden Korrektur benötigen, insofern, als wir nicht für alle entzündliche Prozesse einen verminderten Kalziumgehalt verantwortlich machen dürfen. Sie lehren uns ferner, daß vielleicht dem Kalk nach einer anderen Richtung hin für pathologische Prozesse Bedeutung zukommen dürfte, ein Moment, welches bisher zu wenig Berücksichtigung fand.

Wir kennen aus der Kolloidchemie das Kalzium als ein auf Quellungszustände besonderen Einfluß nehmendes Ion. Unter dem gleichen Gesichtswinkel wird die Funktion des Kalziums für das Gewebe von Schade betrachtet und ausführlich besprochen.

Bei einem Plus an Kalzium werden wir Verschiebungen im Sinne von Quellung, bei einem Minus Verschiebungen im Sinne von Entquellung zu erwarten haben.

---

[1]) Die chemischen Untersuchungen wurden von Frau Dr. M. Richter durchgeführt.

Digitized by Google

Bedenken wir, daß Entquellungsprozesse klinisch als Exsudation imponieren, bedenken wir weiter, daß abnormen Erregbarkeitszuständen im Nerven letzten Endes Rückungen in der Säurekonzentration zugrunde liegen dürften, so ergibt sich hieraus schon der Hinweis, das Schwergewicht dieser ganzen Problemstellung nach der physikochemischen Richtung hin zu verrücken. Es liegt der Versuch nahe, die Kalziumwirkung im Organismus eher aus dessen kolloidchemischem Verhalten heraus zu erklären.

Gefäßdichtung, Nervendämpfung werden mit der Kalziumwirkung in Zusammenhang gebracht. Beide Begriffe sind aber Umschreibungen für klinisch wahrnehmbare Erscheinungen und geben keine tiefere biologische Erklärung für die all diesen Phänomenen zugrunde liegenden Vorgänge. Die Biologie aber strebt nach tieferem Verstehen der zu beobachtenden Manifestationen im Organismus, gleichgültig ob sie nun physiologischer oder pathologischer Natur sind. Letztere können ihre Ursache oft nur in ganz minimalsten, von der Norm abweichenden Rückungen und Schwankungen der Zellprozesse haben. Für all diese Fragen werden in letzter Linie die vitale Reaktionsfähigkeit von Zelle und Zellkomplexen zur Verantwortung zu ziehen sein.

Die Reaktionsfähigkeit des Gewebes wird bestimmt durch den in demselben herrschenden Quellungsdruck. Dieser aber ist eine Funktion des jeweilig bestehenden Ionengleichgewichtes.

Wir kennen die synergistische und antagonistische Wirkung der Elektrolyte (Natrium-Kalium, Kalzium-Magnesium), Verschiebungen nach der einen oder anderen Seite bestimmen das Verhalten der Gewebe, erhöhen bzw. vermindern deren Ansprechbarkeit auf Reize.

Zirkulation und Sekretion sind schlechtweg mit der Funktion des Gewebes aufs innigste verknüpft, physiologisch voneinander losgelöst nicht zu betrachten.

Alle Experimente, welche einzelne Funktionen zum Gegenstand ihrer Untersuchung machen, entfernen sich in wesentlichen Momenten von den Verhältnissen, wie sie in der Klinik uns begegnen. Hier haben wir es mit dem Gewebe in seiner Totalität zu tun, und dazu zählen eben Zirkulation und Sekretion.

Damit ist aber schon gesagt, daß die Funktion des Gewebes nicht loszutrennen sein wird vom Nervensystem. Und wir wissen, daß der Tonus im Nervensystem ebenfalls diktiert wird vom Verhalten der verschiedenen Elektrolyte, demnach also vom Ionengleichgewicht. Hier sei nur auf die Untersuchungen von Zondek, Löwy, E. P. Pick, Kolm u. a. verwiesen (das Kalzium in seiner Beziehung zum Sympathikus, das Natrium und Kalium in seiner vagalen Wirkung). Löwy konnte zeigen, daß sympathikogene Reize die Kalziumkonzentration beeinflussen und Vagusreize die Kali- und Natriumkonzentration.

Es scheint uns demnach dem Verhalten des Kalziums weitgehendste Bedeutung für pathologische Veränderungen an der Haut insofern zuzukommen, als es direkten Einfluß nimmt auf den Tonus im Nerven (Sympathikus) und auf Tonusverhältnisse im Gewebe (Quellungs- und Entquellungserscheinungen). Quellung im Gewebe setzt klinisch das Ödem, Entquellung imponiert als Exsudation.

Digitized by Google

Aus der Abteilung für Syphiliskranke des Militärhospitals zu Lodz (Leiter: Dr. J. Leyberg), und aus dem staatlichen Institut für Epidemiologie (Direktor: Prof. Dr. Fr. Venulet).

Die Bewertung der Liquorbefunde bei inzipienter, exanthematischer, lokalrezidivierender und frühlatenter Syphilis.

Von

Dr. J. Leyberg.

(Schluß.)

Lues II. Lokalrezidive.

Die in den Tabellen III und IIIa angesammelten Patienten bilden in unseren Forschungen die zahlreichste Gruppe der Frühluetiker. Wir haben da Fälle von der 17. Woche an bis zum Ende des zweiten Jahres nach der Infektion.

Tabelle III.

Zahl	Behandlung		Haut-Schleimhauterscheinungen		Blut-WR		Liquor cerebrospinalis: WR		Nonne-Apelt		Pandy		Pleozytose		Gesamtzahl des pathol. Liquors
	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	
208	181	27	85	123	139	69	62	146	55	148 6 nicht untersucht	55	146 7 nicht untersucht	56	152	92 = 44,2%

Tabelle IIIa.

Zahl	1 Blut-WR −	2 Blut-WR −	3 Blut-WR −	4 Blut-WR +	5 Blut-WR +	6 Blut-WR +
	Liquor −	Liquor +	Liquor ++	Liquor −	Liquor +	Liquor ++
208	46	9	12	72	17	52

Auf 208 in diesem Stadium untersuchte Patienten waren nur 27 völlig unbehandelt, die übrigen 181 haben im großen und ganzen so unregelmäßige und ungenügende Kuren durchgemacht, daß von einer heilenden Wirkung auf den Liquor, wie uns die Forschung des Einflusses der spezifischen Behandlung auf den letzteren überzeugt hat, keine Rede sein konnte.

Digitized by Google

Wir haben in dem Verhalten des Liquors fast keinen Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Gruppe bemerkt. Die vorher kurierten Patienten hatten den normalen wie auch den pathologischen Liquor ebenso häufig wie die unbehandelten.

Die Globulinreaktion, die unter demselben Gesichtswinkel wie in den beiden vorigen Stadien betrachtet wurde, fiel wie folgt aus: auf 208 Fälle 55 mal (26,4%), darunter 37 mal sämtliche drei Reaktionen, 3 mal nur mit Pleozytose, 13 mal nur mit WR, 2 mal isoliert.

In den beiden letzten Fällen, wo die Globulinreaktion isoliert auftrat, war sie spezifisch. Es sind folgende Fälle:

Nr. 22, Sz. J. Infektion Anfang Januar 1920, bis September desselben Jahres unbehandelt, September, infolge heftiger Kopfschmerzen (Zentralnervensystem ohne Befund, Blut-WR ++) 4 Neosalvarsan + 6 Hg sal., wonach bis Ende Januar 1921 ohne Behandlung. Am 27. I. 1921 beide Pupillen ungleich: die rechte breiter, ellipsoid, die linke enger und rund. Nystagmus horizontal und vertikal, Licht und Konvergenzreaktion erhalten. Blut-WR negativ, Liquorbefund WR 0,25 —, Nonne-Apelt positiv (++). Pandy nicht untersucht, Pleozytose —. Nach einer energischen Kur bis zum 17. im III. (4,8 Neosalvarsan + 0,5 Kalomel), Blut-WR —, Liquor normal. Pupillen status quo ante.

Der Fall hatte im Liquor spezifische Globulinreaktion, wofür die Erscheinungen seitens der Pupillen, die im September fehlten, sprechen. Die Nonne-Apelt-Reaktion ist hier als Residualreaktion, die wir zufälligerweise isoliert getroffen haben, aufzufassen, da das systematische Studium der Globulinreaktion bei den Kranken mit klinischen Symptomen von seiten des Zentralnervensystems uns gezeigt hat, daß dieselbe sich auch bei energischer Behandlung sehr hartnäckig zu verhalten pflegt. Gleichfalls als Residuum ist die isolierte Nonne-Apelt-Reaktion auch in folgendem Falle zu betrachten, wie ausdrücklich aus dem Verhalten des Liquors vor, während und nach der Behandlung zu ersehen ist.

Nr. 114, W. M. Infektion Ende Dezember 1920. Erste Kur: 3 Neosalvarsan + 6 Hg. Zweite Kur: 7 Hg, am 17. V. 1921 Papulae disseminatae, Blut-WR ++++, Liquor-WR 0,25 —, Nonne-Apelt ++, Pandy Spuren, Pleozytose —. Der Patient bekam vom 19. V. bis zum 30. V. 2 Neosalvarsan je 0,3 + 2 Hg Sal. je 0,05, wonach Blut- und Liquoruntersuchung zeigten: Blut-WR ++++, Liquor-WR 0,25 +, Nonne-Apelt und Pandy ++. Bis zum 21. VII. bekam der Kranke 5,0 Neosalvarsan, wonach: Blut-WR negativ, Liquor normal.

Wir haben hier ein Beispiel der provokatorischen Wirkung einer ungenügenden Behandlung, die uns darauf hinweist, daß die isolierte Nonne-Apelt-Reaktion in diesem Falle (bei der ersten Punktion) als Residuum des pathologischen Liquors zu betrachten ist und daß die übrigen Reaktionen nur vorübergehend zurückgetreten sind. Die energisch fortgesetzte Kur hat den Liquor saniert. Die Beobachtung ähnlicher Fälle hat uns jedoch gezeigt, daß diese Sanierung nur von einer bestimmten Dauer ist.

Ziehen wir nun in Betracht, daß auf 208 Fälle dieses Stadiums 92, d. h. 44,2% pathologischen Liquor aufwiesen und die Zahl der spezifischen Globulinreaktionen 55 (26,5%) beträgt, so fällt uns hier das relativ häufige Auftreten der Globulinreaktion zum Unterschiede von dem vorhergehenden Stadium auf. Sie braucht wahrscheinlich eine längere Zeit nach der Infektion, um im Liquor zu erscheinen, d. h. sie tritt später als Pleozytose auf.

Digitized by Google

Der Umstand, daß die Globulinreaktion hier in etwa $^2/_3$ der Fälle (37 : 55) neben den anderen pathologischen Werten auftrat und daß dieselbe in sämtlichen 16 Fällen mit klinischen Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems vorhanden war, zwingt uns, dieselbe in diesem Krankheitsstadium als eine in diagnostischer Hinsicht vielsagende Reaktion zu betrachten.

Pleozytose ist bei 208 Fällen 56mal, das ist 27%, aufgetreten, wobei

isolierte Pleozytose	. . . . .	9mal
„ „	+ Globulinreaktion . . .	3 „
„ „	+ WR	7 „
„ „	+ WR + Globulinreaktion .	37 „

Was nun die Häufigkeit des Auftretens dieser Reaktion im Vergleich mit der Globulinreaktion betrifft, so finden wir keinen Unterschied: Alle beide Reaktionen treten fast gleich häufig auf (26,5 : 27). Auffallend ist aber der Unterschied, den wir hier im Vergleich mit dem vorherigen Stadium finden: hier spielt die Pleozytose nicht die dominierende Rolle, die sie im Stadium der hämatogenen Exantheme hatte, weil sie seltener als dort und vor allem viel seltener in Form einer isolierten Reaktion auftritt, was wiederum dafür zu sprechen scheint, daß die Pleozytose chronologisch füher als die Globulinreaktion auftritt.

Das Verhältnis gestaltet sich wie folgt:

Pleozytose bei Lues II rezid.: Pleozytose bei Lues II hämat. = 27 : 31
Isolierte „ „ „ „ „ : Isolierte „ „ „ „ „ = 16 : 60

Die WR war in diesem Stadium auf 208 Fälle 62mal positiv (30%), wobei hier nur solche Fälle berücksichtigt wurden, bei denen die eventuelle Diffusion der Reagine aus dem Serum nicht in Frage kam (siehe oben). 43mal war sie bei 0,15, 19mal bei 0,25 positiv, also in mehr als $^2/_3$ der Fälle sehr stark ausgeprägt. Im Vergleich zum vorherigen Stadium trat sie hier 2mal so häufig (30 : 14) und in bedeutend stärkerer Spannung auf.

In 43 Fällen mit positivem WR bei 0,15 hatten wir sämtliche drei

: Reaktionen	. . . . .	31mal
WR + Pleozytose	. . . . .	7 „
WR + Globulin	. . . . .	3 „
WR isoliert	. . . . .	2 „

Die zwei folgenden Fälle sollen die Bewertung einer stark positiven, isolierten Liquor-WR illustrieren.

Nr. 56, M. St. Infektion extragenital, Mitte September 1920. Ende September „chanore céphalique" im linken inneren Augenwinkel. November Lichen syphiliticus. Blut-WR und Meinicke ++++. Liquor nicht untersucht. Pat. bekommt im Laufe von 5 Wochen 3 g Neosalvarsan + 0,25 Kalomel. Am 10. II. 1921, d. h. 6 Wochen nach Beendigung der Kur erscheint der Pat. wieder zwecks Wiederholung der Kur. Blut-WR und Meinicke ++++, Liquor-WR 0,15 ++++, Nonne-Apelt und Pandy —, Pleozytose —, woraufhin 6 Wochen dauernde energische Behandlung: 4,5 Neosalvarsan + 0,25 Kalomel. Am 25. III. 1921: Blut-WR und Meinicke +, Liquor-WR 0,25 —, Nonne-Apelt +, Pandy + (!), Pleozytose —. Am 5. IV., d. h. 10 Tage nach der letzten Punktion und der Beendigung der Kur kommt der Pat. wieder ins Spital mit der Klage auf Doppeltsehen. Diagnose: Paresis m. recti interni. Weitere Salvarsanbehandlung (2,4 g). Nach 2 Dosen zu 0,6 Neosalvarsan sieht der Pat. normal. Am 12. V. Blut-WR +, Meinicke —, Liquor-WR 0,25 —, Nonne-Apelt —, Pandy minimale Spuren, Pleozytose —.

Digitized by Google

Die Blut- und Liquorkontrolle am 17. VII. 1921 ergab: Blut-WR und Meinicke —, Liquor normal in allen Reaktionen. Am 20. IX. derselbe normale Blut- und Liquorbefund.

In diesem Falle ist die isolierte WR im Liquor 6 Wochen nach der Kur als Residuum der sämtlichen drei Reaktionen aufzufassen, worauf die Tatsache hinweist, daß die bei der ersten Punktion fehlende Globulinreaktion trotz einer energischen Kur gleich nach Beendigung derselben auftrat.

Nr. 37, B. Fr. Infektion Oktober 1920. Der Pat. bekam 3 Neosalvarsan + 8 Hg. Am 7. III. 1921 Condylomata lata, Plaques. Blut-WR und Meinicke ++++, Liquor-WR 0,15 ++++, Nonne-Apelt —, Pandy +, Pleozytose ++. Am 18. IV. 1921 gleich nach der Beendigung der Kur (3 g Neosalvarsan + 0,25 Kalomel) Blut-WR ++, Liquor-WR 0,25 —, Nonne-Apelt +, Pandy +, Pleozytose +. Am 24. V., d. h. 5 Wochen nach der Kur: Blut-WR — und Meinicke —, Liquor-WR 0,25 ++++ (!). Nonne-Apelt —, Pandy —, Pleozytose —. Am 21. VII. nach einer energischen Kur (6 g Neosalvarsan): Blut-WR und Meinicke —. Liquor in allen Reaktionen normal.

Die sämtlichen Liquorreaktionen traten hier auf außerordentlich charakteristische Weise „periodisch" auf. Die isolierte, stark positive WR am 24. V. ist als Rezidiv in der 6. Woche nach einer ungenügenden Kur aufzufassen.

Gleichfalls in den übrigen Fällen, wo die Globulinreaktionen resp. Pleozytose bei stark positiver Liquor-WR fehlten, konnten wir fast stets feststellen, daß die Fälle entweder unmittelbar nach der beendigten energischen Kur zur Untersuchung kamen, wobei ein Teil der pathologischen Reaktionen schwand, oder daß die fehlenden Reaktionen nach mehrwöchentlicher Behandlungspause als Rezidive wieder auftraten, resp. als latente Reaktionen im Laufe der angefangenen Kur auftauchten.

Es ist infolgedessen anzunehmen, daß die Fälle mit stark positiver Liquor-WR, gleichwohl ob dieselbe isoliert oder neben einer der übrigen Reaktionen auftrat, eine bestimmte Phase haben, wo alle drei Reaktionen positiv sind.

Die Forschung der Serum-WR in ihrer Beziehung zum Liquorbefund ergab (Tabelle IIIa), daß in der Mehrzahl der Fälle mit pathologischem Liquor die WR im Serum positiv war. Zum Unterschied aber vom Stadium der hämatogenen Exantheme, wo der pathologische Liquor bei negativer Serum-WR zu den Seltenheiten gehörte, begegnet man diesem Phänomen hier viel häufiger. Wir sehen in den Rubriken 2 und 3 der Tabelle IIIa 9 Fälle mit Pleozytose resp. mit Globulinraektion, 12 Fälle mit positiver WR bei negativer Serum-WR. Diese Fälle beweisen, daß der Blutbefund allein nicht genügt, um uns darüber aufzuklären, wie sich im gegebenen Falle allgemeine Infektion zur Infektion des Zentralnervensystems verhält. Zur Orientierung in dieser Frage ist es unumgänglich notwendig, neben der Blut- auch Liquoruntersuchung vorzunehmen.

Die von uns in diesem Krankheitsstadium erhaltenen Resultate der Liquoruntersuchungen weisen uns im Vergleich mit dem vorherigen Stadium und, wie wir es noch weiter unten sehen werden, mit dem Stadium der Frühlatenz darauf hin, daß die Zeit der lokalen Rezidive für die Ausführung der ersten Punktion die entsprechendste ist, weil man zu dieser Zeit am leichtesten die pathologischen Liquorwerte antrifft. Diese Punktion ist frühestens im Laufe des zweiten Jahres nach

Digitized by Google

der Infektion während der begonnenen oder wenigstens 8 Wochen nach der beendeten Kur auszuführen.

Was nun das Verhältnis des Liquors zu den Hauterscheinungen betrifft, so gaben uns die beiden Gruppen von Kranken, d. h. mit und ohne Hauteffloreszenzen, bezüglich der Zahl, wo wir den Liquor pathologisch fanden, fast dasselbe Ergebnis:

Auf 123 Fälle ohne Hauterscheinungen war der Liquor 54 mal pathologisch (43 %).

Auf 85 Fälle mit Hauterscheinungen war der Liquor 38 mal pathologisch (45 %).

Unter den Hauterscheinungen sind die spezifische Alopezie und das Leukoderma beachtenswert. Einige Autoren (Gennerich, Goldberger, Cybranka, Gaertner usw.) betrachten diese Erscheinungen als klinischen Beweis des pathologischen Liquors. Wir haben bei der Alopezie in 66 %, bei Leukoderma in 52 % der Fälle den pathologischen Liquor festgestellt.

Zusammenfassung.

1. Die Injektion des Zentralnervensystems läßt sich leichter im Stadium der Lokalfrührezidive als bei sogenanntem ersten Exanthem nachweisen.

2. Die Pleozytose tritt in diesem Stadium fast ebenso häufig wie andere Reaktionen auf; sie spielt hier aber nicht die dominierende Rolle, die sie im Stadium des sogenannten ersten Exanthems gespielt hat. Zum Unterschied vom vorherigen Stadium, wo wir die Pleozytose häufiger (31 : 27) und hauptsächlich in Form einer isolierten Reaktion trafen, tritt sie hier gewöhnlich in Verbindung mit anderen Reaktionen auf.

3. Die Globulinreaktion tritt in diesem Stadium gewöhnlich neben den anderen Reaktionen auf. Bei den klinischen Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems war sie stets vorhanden. Wir treffen sie hier im Verhältnis zu dem vorherigen Stadium viel häufiger (25,5 : 12,5).

4. Die WR tritt im Stadium der Lokalrezidive am häufigsten auf. Im Vergleich mit dem vorherigen Stadium ist sie hier viel häufiger (30 : 14) und in viel stärkerer Spannung anzutreffen: bei mehr als $^2/_3$ der Fälle war sie schon bei 0,15 positiv.

5. Den pathologischen Liquor bei negativer Serum-WR haben wir in diesem Stadium viel häufiger als im vorherigen getroffen. Der Blutbefund allein genügt nicht zur Orientierung über das Verhältnis der allgemeinen Syphilose zur Infektion des Zentralnervensystems.

6. Dieses Stadium ist das maßgebendste für die erste Liquoruntersuchung.

7. Den pathologischen Liquor trifft man in diesem Stadium gleich häufig in Fällen mit wie ohne Hauterscheinungen.

8. Die spezifische Alopezie und das Leukoderma geben einen hohen Prozentsatz des pathologischen Liquors (66 %, 52 %).

Lues latens. Stadium der Frühlatens und der tertiären Effloreszenzen.

Die Tabelle IV umfaßt Fälle vom Stadium zwischen dem 3. und 6. Jahre nach der Infektion. Es befinden sich hier Patienten mit latenter Lues, mit späten Lokalrezidiven und mit Gummen. Fälle, die im Laufe

Digitized by Google

des 3. Jahres noch Lokalrezidive vom Charakter der Sekundärerscheinungen hatten, wurden hier nicht berücksichtigt. Sie haben ihren Platz bereits in der vorhergehenden Gruppe gefunden.

Tabelle IV.

Zahl	Behandlung		Haut-Schleimhaut-erscheinungen		Blut-WR		Liquor cerebrospinalis								Gesamtzahl des pathol. Liquors
							WR		Nonne-Apelt		Pandy		Pleozytose		
	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	
44	44	0	19	25	21	23	11	33	8	36	8	36	5	39	16 = 36%

Tabelle IVa.

Zahl	1 Blut-WR −	2 Blut-WR −	3 Blut-WR −	4 Blut-WR +	5 Blut-WR +	6 Blut-WR +
	Liquor −	Liquor +	Liquor ++	Liquor −	Liquor +	Liquor ++
44	13	3	7	11	2	4

Wir hatten in diesem Stadium 16 Fälle mit pathologischem Liquor, was 36% der Gesamtzahl ausmacht.

Die Pleozytose trat auf die Gesamtzahl von 44 Fällen 5 mal (11,5%) stets schwach ausgeprägt auf, darunter einmal als isolierte Reaktion, einmal (ohne Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems) neben WR und Globulinreaktion und 3 mal neben der WR.

Im Vergleich mit den zwei vorherigen Stadien tritt sie hier seltener auf. Der Unterschied ist besonders im Verhältnis zum Stadium der hämatogenen Exantheme, wo wir dieselben mehr als 3 mal so häufig und meistens stark ausgeprägt fanden, auffallend. Der Unterschied scheint dafür zu sprechen, daß die Pleozytose, wie schon oben bemerkt worden ist, wahrscheinlich ein Ausdruck der akuten Meningealreizung ist, die im Stadium der hämatogenen Exantheme am stärksten ist und in der Mehrzahl der Fälle allmählich sich spontan zurückbildet.

Die isolierte Pleozytose ist hier als ein Ausdruck des Verbleibens der akuten Meningealreizung zu bewerten (Lymphocytose residouère Szesci). Nonne behauptet, daß die unbedeutend vermehrte Lymphozytenzahl im Liquor der Latenzluetiker mit dem Momente des Auftretens irgendwelcher Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems stark zunimmt. Wir meinen daher, daß man schon im Stadium der Frühlues die Beseitigung dieser Reaktion anzustreben hat und daß dieselbe, falls sie in späteren Jahren trotz der Behandlung sich nicht zurückbildet resp. Rezidive gibt, als ein warnendes Symptom zu betrachten ist. Die Bedeutung dieser Reaktion scheint um so ernster zu sein, je später man sie findet. Eine starke Pleozytose im Frühstadium ist wahrscheinlich weniger ernst als eine

Digitized by Google

schwache in den späteren Jahren, weil sie dann für die Hartnäckigkeit der Reaktion spricht, die in der Regel eine Tendenz zur spontanen Rückbildung hat.

Die Globulinreaktion hatten wir in 8 Fällen (18%) 1mal mit Pleozytose und WR; 3mal nur mit WR und 4mal isoliert. Unter diesen 4 Fällen mit isolierter Globulinreaktion befanden sich 2 mit klinischen Symptomen von seiten des Zentralnervensystems (Fehlen des Achillesreflexes, Augenmuskellähmung). In einem hat sich während der angefangenen Kur die WR hinzugesellt (WR 0,25 ++). In dem anderen konnte der Liquor auf WR nicht untersucht werden. Dieses Verhalten der Globulinreaktion scheint darauf hinzuweisen, daß 1. dieselbe (wie auch im vorherigen Stadium) gerne die klinischen Nervenerscheinungen begleitet, 2. daß die übrigen Reaktionen sich zum Unterschiede vom vorherigen Stadium, wo die Globulinreaktion so häufig im vollen Ensemble der Reaktionen auftrat, infolge eines größeren Zeitabstandes von der Infektion zurückbilden, resp. latent bleiben, um bei provokatorischer Salvarsanbehandlung, wie dies bei dem soeben erwähnten Patienten der Fall war, wiederum zu erscheinen. Die isolierte Globulinreaktion kann natürlich auch in diesem Stadium zufällig und nichtspezifisch sein. Vorsichtshalber ist es aber ratsam, hier diese Reaktion so wie die isolierte Pleozytose zu bewerten, d. h. ihre Beseitigung anzustreben.

Die WR war in diesem Stadium in 44 Fällen 11mal positiv (21%). Das gegenseitige Verhältnis der einzelnen Reaktionen gestaltet sich:

WR : Globulinreaktion : Pleozytose = 25 : 18 : 11,5.

Unter diesen 11 Fällen war die WR 3mal bei 0,15 und 8mal bei 0,25 positiv. Die Spannung der WR nähert sich hier dem Stadium der hämatogenen Exantheme und entfernt sich von dem der sekundären Lokalrezidive. Im Zusammenhang mit der relativ schwachen Spannung finden wir hier die WR seltener neben den beiden anderen, sie war nämlich 4mal isoliert, 3mal mit Globulinreaktion, 3mal mit Pleozytose und 1mal mit Pleozytose und Globulinreaktion vorhanden.

Wie aus der Tabelle IVa (Rubrik 2 und 3) ersichtlich ist, begegnet man hier dem pathologischen Liquor bei der negativen Serum-WR viel häufiger als im Stadium der sekundären Lokalrezidive, wo die Gesamtzahl solcher Fälle 10% betrug (21 : 208), hier aber 22,5% (10 : 44).

Haben wir es schon im vorherigen Stadium für wahrscheinlich gehalten, daß in Fällen mit stark pathologischem Liquor und negativer Serum-WR die Hauptlokalisation des Virus im Zentralnervensystem zu suchen ist, so ist ein solcher Liquor in diesem Stadium um so mehr als Signum mali ominis zu betrachten, weil es unzweifelhaft zu sein scheint, daß die pathologischen Liquorveränderungen um so schwerwiegender sind je später sie sich feststellen lassen.

Was das Verhältnis des Liquors zu den spezifischen Hauteffloreszenzen anbetrifft, so haben wir in diesem Stadium die schwereren Liquorveränderungen hauptsächlich bei den Pat. gesehen, die ohne Haut-Schleimhauterscheinungen waren, bzw. keine Spuren hatten, die auf den schweren bisherigen Krankheitsverlauf hingewiesen hätten. Dagegen unter den 12 Fällen mit ulzerierten Gummen war der Liquor nur einmal schwach pathologisch.

Digitized by Google

Unsere Resultate würden also im Gegensatze zu Fleischmann für die von Fournier und Erb ausgesprochene Anschauung sprechen, daß diejenigen Luetiker zu späten Erkrankungen des Zentralnervensystems neigen, bei denen die Syphilis auf der Haut einen milden Verlauf hatte.

Zusammenfassung.

1. Der pathologische Liquor läßt sich in diesem Krankheitsstadium seltener als im Stadium der sekundären Lokalrezidive feststellen.

2. Am seltensten finden wir hier die Pleozytose (11,5%), am häufigsten die WR (25%). Die Globulinreaktion begleitet gerne die organischen Nervenerscheinungen.

3. Jede der einzelnen pathologischen Reaktionen ist in diesem Stadium (und um so mehr in den späteren!) als ein warnendes Zeichen zu betrachten, besonders in den Fällen mit negativer Serum-WR.

4. Zwischen dem schweren Luesverlaufe und dem Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit scheint ein gewisser Antagonismus zu bestehen.

Literatur.

1. Altmann-Dreyfuss, M. m. W., 1913, Nr. 9. — 2. Baum, M. m. W., 1914, Nr 4. — 3. Dreyfuss, M. m. W., 1920, Nr. 48. — 4. Ehrmann, Handb. d. Geschlechtskrkht., 1912, Bd. 2. — 5. Finger, Allgem. Path. d. Syph. Handb. d. Geschlechtskrkht., 1912, Bd. 2. — 6. Fleischmann, D. Zschr. f. Nervenhlkd., 1921, Bd. 70. — 7. Fleischmann, D. Zschr. f. Nervenhlkd., 1921, Bd. 8. — 8. Gennerich, Syphilis d. Zentralnervensystems, 1921. — 9. Hauptmann, D. Zschr. f. Nervenhlkd., 1921, Bd. 67. — 10. Kafka, M. m. W., 1920, Nr. 33. — 11. Königstein-Goldberger, W. kl. W., 1917, Nr. 12. — 12. Nonne, Arch. f. Derm., Bd. 113. — 13. Nonne, Syphilis u. Nervensystem, 1921. — 14. Plaut, M. m. W., 1918, Nr. 2. — 15. Ravaut, Presse méd., 1912, Nr. 18. — 16. Rost, Derm. Zschr., 1916, Bd. 23. — 17. Schönfeld, Arch. f. Derm., 1919, Bd. 127.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1922, Bd. 140, H. 2.

Über eine Kombination von Acne conglobata und akneiformen Tuberkuliden, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese der Tuberkulide, von Wilhelm Dressler, Wilhelminenspital, Hautabt., Wien. S. 189—200. Bei einem 32jähr. Patienten, der lange Zeit an Acne conglobata gelitten hatte, entwickelten sich auf dem Boden alter Narben papulonekrotische Tuberkulide. Die Diagnose wurde klinisch und histologisch begründet. Die Narben waren nach einer Kakodylbehandlung in Verbindung mit Quarzlichtbestrahlung zurückgeblieben. Sie boten eine erhöhte Disposition für die Ansiedlung und Tätigkeit von Tuberkelbazillen, die offenbar alten Lungenherden entstammten.

Beiträge zur Anatomie und Biologie der Haut. IX. Nochmals epidermale Basalmembran. Eine Entgegnung gegen Herxheimer und Sophie Born, von Walter Friedgess-Rostock. S. 201—207. Die Darstellung eines unterhalb der Basalzellen verlaufenden Bandes an Präparaten, die in Jodtinktur eingelegt waren, wird als ein Kunstprodukt bezeichnet, das durch Quellung zustande kommt.

Digitized by Google

Über das Zylindrom und das Epithelioma adenoides cysticum. (Ergebnisse der Untersuchung eines Falles Spiegler'scher Tumoren), von Jujiro Watanabe, Städt. Obdach Berlin. S. 208—234. Bei einem 43jähr. Manne fanden sich am behaarten Kopfe Spiegler'sche Tumoren, welche als Zylindrome erkannt wurden. Neben diesen Tumoren konnten in ihrer Umgebung, aber auch im Gesicht und am Rumpf kleinere vom Charakter des Epithelioma adenoides cysticum (Trichoepitheliom) festgestellt werden. Zwischen den Zylindromen und Trichoepitheliomen konnten Beziehungen gefunden werden. Von letzteren gingen zylindromatöse Schläuche aus, zwischen ausgebildeten Zylindromen und Oberhaut fanden sich Trichoepitheliome eingeschaltet und an anderen Stellen eine mehr oder minder ausgesprochene Rückbildung des Trichoepithelioms. Als Reste verblieben Hornkugeln, umgeben von Riesen- und Xanthomzellen. Das Zylindrom stammt demnach hier nicht direkt von der Epidermis ab, sondern entwickelt sich aus einem vorher gebildeten Trichoepitheliom.

Ist das nach den ersten Quecksilber- bzw. Salvarsangaben auftretende Fieber als rein spezifisch anzusehen? II. Teil, von Gerhard Assmann, Hautklinik Kiel. S. 235—239. Bei Nichtluetikern wie bei Luetikern ruft das Silbersalvarsan im größten Prozentsatz der Fälle Temperatursteigerungen hervor, die zugleich auch den höchsten Grad erreichen, im Gegensatz zum Salvarsannatrium, während das Neosalvarsan in der Mitte bleibt. Alle drei Präparate bedingen eine Hämolyse, die allein auf Rechnung des Salvarsans zu setzen ist, da sie bei Nichtluetikern und Luetikern in gleicher Weise vorkommt. Nach kurzdauernder Abnahme bewirken sie eine Vermehrung der Leukozyten, die aber bei Luetikern bedeutender und häufiger ist.

Quecksilbertoleranz und -elimination bei der Luestherapie, von Georg Gjorgjević-Belgrad. S. 240—246. Forcierte Injektionen von 1 ccm 10%igem Hg salic., bis zu 10 Tagen hintereinander täglich gegeben, wurde vertragen, von Frauen besser als von Männern. Ihre Wirkung ist therapeutisch gut, aber ohne Einfluß auf die WR. Dasselbe gilt von großen Hg-Mengen, welche bei längeren Kuren Anwendung finden. Eine Schädigung wurde durch die forcierten Injektionen nicht beobachtet. Die Bedeutung der Hg-Ausscheidung geht dahin, daß bei langsamer Ausscheidung die Wirkung des Hg gut ist, dagegen bei rascher klinisch und serologisch ungenügend bleibt.

Über Ikterus bei Lues, von Herbert Fuhs und Oscar Weltmann, Kl. Riehl und 3. Med. Klinik Wien. S. 247—270. Von den mitgeteilten Beobachtungen betreffen die ersten 7 Fälle von Icterus lueticus praecox I während oder nach der Roseola, bedingt durch toxische Parenchymschädigung der Leber. Sämtliche Fälle verliefen mild, nach Einsetzen einer kombinierten Hg-Salvarsankur verschwand die Gelbsucht. Von den weiter mitgeteilten Fällen erwies sich einer als zufällige Kombination von Cholelithiasis mit Lues; 4 Fälle entsprechen dem Typus catarrhalis; Zusammenhang mit der Lues problematisch, obwohl Symptome bzw. positive WR bestanden. 12 andere Fälle gehören dem Stadium der Lues latens an. Ein Zusammenhang mit der Lues wird als wahrscheinlich angenommen. Die durch die Lues hervorgerufene Leberschädigung kann durch alimentäre Noxen oder auch durch Salvarsan und Hg gefördert werden (Parenchymchok auf Grund schwerer Allgemeinreaktion). 3 Fälle von Ikterus zeigen die Form der luetischen Zirrhose. In einem letzten Falle handelt es sich um eine luetische Pankreatitis, die durch Schwellung des Kopfteiles dieses Organes zu einem inkompletten Verschluß des Choledochus führte.

Ein Beitrag zur Nävusfrage. Die Histologie eines ins Riesenhafte gewachsenen weichen Nävus, von H. Fischer, Univ.-Hautklinik Köln. S. 271—299. Aus den Untersuchungen an einem schnell wachsenden Riesennävus geht hervor, daß es weiche Nävi gibt, in denen die Nävuselemente primär Fasern bilden, also mesenchymaler Natur sind. Weiche Nävi, welche nicht wachsen, zeigen gewöhnlich keine faserbildende Tätigkeit, da sie sich in einem gewissen Ruhestadium befinden, in dem die Lebensäußerungen der Zelle nur in einem geringen Grade in Erscheinung treten. Beim stärker wachsenden Riesennävus kommt es in der Randschicht primär zur Bildung einer kollagen imprägnierten Substanz; bei synzytialem Wachstum der Nävuszellen bilden sich aus der gemeinsamen Protoplasmamasse kollagen imprägnierte Fäden, die sich kontinuierlich in das Fasergewebe fortsetzen, das in den tieferen Schichten immer mehr in den Vordergrund tritt. Dieses entsteht durch immer weiter fortschreitende Umwandlung des Protoplasmas in Fasersubstanz, in dem schließlich der Kern ohne oder mit nur geringem Protoplasma liegt. Die Produktion von Fasern im Nävus ist keine degenerative Erscheinung. Demnach gibt es neben Nävis epithelialer Herkunft auch solche mesenchy-

Digitized by Google

maler Natur, weiterhin ist die Bezeichnung „weicher Nävus" histologisch und auch wohl histogenetisch kein einheitlicher Begriff.

Experimentelle Untersuchungen bei Hydroa vacciniforme, von HANS MARTENSTEIN, Hautklinik Breslau. S. 300—313. Zwei Brüder, die an Hydroa vacciniforme leiden, werden verschiedenen Bestrahlungsmethoden ausgesetzt. Es wird festgestellt, daß Röntgen- (α-, β- und γ-), sowie Mesothoriumstrahlen keine Überempfindlichkeitssymptome hervorrufen, wohl aber die Strahlen des ultravioletten Spektralbereiches; besonders stark sind die durch Strahlen von weniger als 280 μμ Wellenlänge erzeugten Reaktionen (ungefilterte Quarzlampe). Bei intensiver Einwirkung von ultravioletten Strahlen entstehen Erytheme oder Quaddelbildung. Die letztere kann mehrere Stunden anhalten und wird dann durch ein Erythem ersetzt. Sie ist also der Ausdruck der stärkeren Reizwirkung.

Studien über Vererbung von Hautkrankheiten. II. Hydroa vacciniforme, von HERMANN WERNER SIEMENS, Hautklinik Breslau. S. 314—324. Die Hydroa tritt familiär auf in etwa 10% aller publizierten Fälle. Hierbei ist das männliche Geschlecht etwa im Verhältnis 10:1 bevorzugt. Demnach hat es den Anschein, als ob es sich um eine rezessiv-geschlechtsbegrenzte Erbkrankheit handle, wobei eine sehr ausgesprochene, aber nicht totale Begrenzung auf das männliche Geschlecht vorläge. Bemerkenswert ist, daß mehrere der familiären Hydroafälle mit Nageldystrophien verbunden sind.

1922, Bd. 140, H. 3.

Infraklavikulardrüsen bei Syphilitischen, von F. W. OELZE, Hautklinik Leipzig. S. 325—328. Unter 535 Luetikern (Lues I, II und latens) fand sich 26 mal und bei nicht nachweisbar an Lues Erkrankten viermal unter 1108 eine Schwellung der Infraklavikulardrüsen. Dieser Adenie kann eine diagnostische Bedeutung nicht abgesprochen werden. (Ref. sah bei einem Luetiker unter dem linken Schlüsselbein eine Drüsenschwellung, die durch Druck auf den N. brach. eine tiefe Sensibilitätsstörung auslöste.)

Über die Achorion-Quinckeanum-Erkrankung der graviden Meerschweinchen und über das Verhalten ihrer Nachkommen zur Allergie, von HANS MARTENSTEIN, Hautklinik Breslau. S. 329—335. Es wurden 5 gravide Meerschweinchen erstmalig mit Achorion-Quinckeanum geimpft. Eine scharf abgegrenzte Inkubationszeit bestand nicht, der Verlauf war mehr subakut, schwache Entwicklung der Entzündung und Skutulabildung, zentrale Abheilung und die Dauer des Prozesses deutlich verkürzt. Das vom Muttertier der Infektion gegenüber gezeigte Verhalten wird nicht auf die Jungen übertragen.

Über eine empfindlichere Modifikation der Reaktion nach WASSERMANN. Kurze Mitteilung der Technik, von W. KARMIN, Bakt. Labor., Deutsches Hospital Buenos Aires. S. 336—340. Die größere Empfindlichkeit ergibt sich aus den häufigeren positiven Resultaten bei latenter Lues, aus dem früheren Auftreten der positiven Reaktion bei Primäraffekten, dem positiven Ausfall in Fällen manifester Lues, die sich gelegentlich — wie z. B. lokalisierte Spätsyphilide — negativ verhalten. Die Technik ist einfacher als bei der WR, es bedarf keiner Komplementauswertung und auch die Ambozeptorauswertung kommt nicht in Betracht.

Weitere Mitteilung über die Lungentuberkulose bei Tuberkulodermen, von HANS MARTENSTEIN, Hautklinik Breslau. S. 341—345. Frühere Ergebnisse werden bestätigt.

Die WASSERMANNsche Reaktion mit Liquor und anschließende Extraktuntersuchungen, von P. ŠAVNIK und FR. KOCOJ, Böhmische Hautklinik Prag. S. 346—356. Zu kleine Serum- oder Liquordosen, besonders bei negativen inaktivierten Liquores, können falsche positive Resultate ergeben. Bei der Ausführung der Liquor-WR sind negative und positive Kontrollen notwendig. Die eigenhemmende Dose mindestens der luetischen Extrakte kann bei entsprechend höheren Serum- oder Liquordosen erreicht oder überschritten werden. Auch die selbstlösende Dose der luetischen Extrakte kann verwendet werden.

Über Teermelanose. (Beitrag zu ihrer Klinik und Ursache, nebst einigen theoretischen Überlegungen der Pigmentfrage), von A. KISSMEYER, Hautklinik Kopenhagen. S. 357—368. In dem mitgeteilten Falle entstand die Melanose durch die Einwirkung von Asphaltdämpfen. Der Verf. nimmt an, daß die Krankheit durch Anhäufung von Propigment entsteht; als Quelle kommen die vom Organismus aufgenommenen aromatischen zyklischen Verbindungen des Rohteers in Betracht. Hierdurch steht die Teermelanose in einer Parallele zur ADDISONschen Krankheit und vielleicht auch mit der Ochronose.

Digitized by Google

Zur Trichophytonkultur aus dem zirkulierenden Blute bei Trichophytiden, von A. Pasini, Hautklinik Mailand. S. 369—370. Der Verf. weist auf seine seit 2 Jahren angestellten Versuche hin. In einem Falle von beginnendem Lichen trichophyticus gelang auf Sabouraudschem Nährboden die Züchtung eines Tr. gypseum. Das Ergebnis wurde von Ambrosoli mitgeteilt.

Bemerkung zu der vorstehenden Mitteilung Pasinis, von Max Jessner. S. 371. Der Verf. bemerkt, daß Ambrosolis Veröffentlichung zwar früher erfolgt sei, daß ihm aber die Züchtung eher gelungen sei.

Refraktäre Syphilis und Antiluetika, von H. Felke, Hautklinik Rostock. S. 372—387. Refraktäre Syphilis ist bei denjenigen Fällen zu konstatieren, bei welchen die Erscheinungen nicht vollkommen zurückgehen. Zu diesen Erscheinungen sind nicht bloß nachweisbare organische Veränderungen, sondern auch die positive WR zu rechnen. Die Zahl der gegenüber der spezifischen Behandlung refraktär bleibenden Luesfälle ist demnach nicht gering. Eine Parasitizidie des Quecksilbers oder des Salvarsans ist weder beweisbar noch annehmbar, die Ursache für das Versagen der Therapie in solchen Fällen ist in einem Mangel an Reizbarkeit der Organzellen durch die Medikamente zu suchen.

Karzinomentwicklung in einem Dermoid der Haut, von Siegm. Schönhof, Deutsche Hautklinik Prag. S. 388—402. In dem mitgeteilten Falle wurde seit mehr als 10 Jahren ein Dermoid am Oberschenkel beobachtet, das nach dieser Zeit sich vergrößerte und aufbrach. Histologisch wurde eine Dermoidzyste festgestellt, an deren unterem Pol sich ein Plattenepithelkarzinom entwickelt hatte. Aus der Literatur ergibt sich, daß die Entwicklung von Karzinomen in Dermoiden und Epidermoiden selten ist. Sie erfolgt meist in höherem Alter, gewöhnlich wohl unter dem Einfluß mechanischer oder chemischer Irritationen.

Naevus linearis atrophicus et depigmentosus, von Leven-Elberfeld. S. 403—407. Die Affektion befand sich im untersten Drittel des Rückens in Form paralleler Streifen. Sie fand sich außer bei dem Patienten noch bei zwei seiner Schwestern, während sie bei den übrigen sechs Geschwistern und den Eltern fehlte.

Beiträge zur Xanthomfrage, von Erich Schmidt, Hautklinik Tübingen. S. 408—428. Die fünf Kinder eines sonst gesunden Elternpaares im Alter von 6—15 Jahren waren sämtlich befallen. Diagnose: Xanthoma juvenile familiare hereditarium papulo-tuberosum. Bei allen Individuen war eine Hypercholesterinämie nachweisbar. Sie kommt zustande auf Grund einer Funktionsstörung im innersekretorischen Stoffwechsel gewisser Drüsen (Testes, Ovarien, Pankreas). Diese innersekretorische Störung ist die Ursache einer Dispositionsänderung bestimmter Zellen der Kutis im Sinne einer erhöhten Affinität zu dem im Überschuß angebotenen Cholesterin im Blut und führt schließlich zur Entwicklung der Xanthome. Die klinische Form der vererbbaren Xanthome ist unabhängig von derjenigen der Vorfahren.

Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Thallium-Alopezie, von Rudolf Spitzer, Hautklinik Breslau. S. 429—438. Einreibungen mit 5%iger Thalliumsalbe bewirkte ein Kahlbleiben an einer rasierten Stelle bei einem Meerschweinchen. Intrakutane Injektionen von $^1/_2$ mg blieben bei erwachsenen Tieren ergebnislos, weil die letale und die Epilationsdosis zu nahe beieinander liegen. Bei jungen Tieren erfolgte bei 2,6 mg symmetrischer kompletter Haarausfall. Die Wiederbehaarung zeigt sich zuerst am Bauch bzw. Unterleib. Diese Regionen sind stärker mit Wollhaaren, der Rücken und der Vorderkopf mehr mit groben Haaren bestanden. Auf diese wirkt das Thallium stärker ein als auf jene. Während der Laktation geht das Gift auch auf die Jungen über, die in der dritten Woche hochgradig alopezisch werden. Gleichzeitig bleiben die Jungen stark im Wachstum zurück. Das Thallium wirkt sowohl auf die endokrinen Drüsen als auch peripher auf die Haut, die Alopezie beruht demnach auf einer kombinierten Schädigung.

Zur Diagnose atypischer Formen der Schleimhauttuberkulose, von L. Arzt und A. Randak, Klin. Riehl, Wien. S. 439—452. Mitgeteilt werden 8 Fälle, 5 hatten Erscheinungen von seiten der Lunge, bei 4 Fällen konnte der Verlauf ad exitum verfolgt werden. In allen Fällen gelang es im Schnittpräparat den Tuberkelbazillus festzustellen. Aus den klinischen Symptomen läßt sich die Diagnose oft nur vermutungsweise stellen. Atypische Fälle imponieren als mehr oder weniger uncharakteristische Geschwüre, flache Ulzeration mit positiver WR, als diffuses Infiltrat, als rißförmiges Geschwür der Zunge, als chankriformes Infiltrat, als diffuse Glossitis mit Exulzeration der gesamten Oberfläche und als foudroyante, ulzeröse Stomatitis. Die geringe Bedeutung der WR, Luetin-, Sporotrichin-, Mallein- und Tuberkulin-Reaktionen für solche Fälle wird hervorgehoben.

Digitized by Google

Beitrag zur Differentialdiagnose der Lues der Nase und Umgebung, von HERBERT FUHS, Klin. RIEHL, Wien. S. 453—466. Von den mitgeteilten Fällen zeigt der erste eine Verbindung von tertiär-luetischer und tuberkulöser Affektion. Bei ihm entwickelt sich im Anschluß an ein kleinknotiges Syphilid der Nase und Umgebung ein ulzeroserpiginöser, zentral vernarbender Lupus. Vier andere Pat. boten zunächst wenig ausgesprochene, kleinknotige, lupusähnliche Syphilide. Bei zwei Fällen überwog dann die Infiltration in Form von vereinzelten und konfluierten Knötchen den Zerfallsprozeß. Das Krankheitsbild der beiden letzten Pat. beherrschte ein ausgedehntes zentrales Geschwür wenig typischer Natur. Demnach wurden folgende Typen festgelegt. 1. Kombination von kleingummöser Lues mit Lupus vulgaris. 2. Kleingummöses Syphilid mit mehr oder minder typisch ausgeprägten Infiltraten und nur vereinzelten, zerfallenden Knötchen. 3. Das zentral exulzerierende, kleingummöse, serpiginöse Syphilid, der zentrale Zerfall ist von einer mehr oder minder breiten Infiltration umgeben. Schon die Lokalisation, der oberflächliche Sitz, das Vorkommen von braunroten, stecknadelkopf- bis linsengroßen, solitären und konfluierten, bald intakten, bald nekrotisierten Knötchen soll bei der Diagnosenstellung Lues in Erwägung ziehen lassen.

Beiträge zur Anatomie und Biologie der Haut. 10. Die biologischen Funktionen der menschlichen Epidermis, von WALTER FRIEBOES-Rostock. S. 467—480. Die Wasserabgabe durch die Epidermis ist ein Verdunstungsvorgang, der durch das Epithelfasergerüst ermöglicht wird. Die Epithelfasern sind die Zu- und Abflußbahnen für Wasser und wasserlösliche Stoffe, die aus den subepithelialen Spalten aufgenommen und an die Oberfläche abgegeben werden. Die Wasserabgabe der Epidermis entspricht den gewöhnlichen Bedürfnissen, bei besonders hohen tritt diejenige der Schweißdrüsen hinzu. Bei starkem und plötzlichen Flüssigkeitsandrang kommt es zur Mazeration und Abstoßung der oberen Epithelschichten, da der Organismus auf diese Weise schädliche Flüssigkeit durch die Maschen des restierenden Epithelfaserwerkes am raschesten zur Eliminierung bringt. Nicht die Epithelzellen, sondern die mesenchymale (bindegewebige) Fasermasse ist der Regulationskörper der Wasserverdunstung, die für die Abhaltung der normalen Temperatur des Blutes notwendig ist.

Beitrag zur Kasuistik und Therapie der Urtikaria papulosa necroticans recidiva sive Dermatopathia papulonecrotica urticans (Acne urticata KAPOSI), von F. ROSS, Hautklinik Freiburg. S. 481—486. Die zahlreichen juckenden Effloreszenzen saßen am Stamm und den Extremitäten des Pat. Sie begannen als Quaddel, die sich zurückbilden konnte, gewöhnlich aber nekrotisierte und als Narbe ausheilte. Die Bezeichnung Dermatopathia papulonecrotica urticans soll zum Ausdruck bringen, daß es sich weder um eine Akne noch um eine Urtikaria handelt, sondern um ein Leiden eigener endogener Art.

Über ein Hautexanthem bei Gonorrhoe, von B. KAPLAN-Riga. S. 487—488. Zwei Wochen nach Beginn einer Blennorrhoe trat bei einem Pat. an den Oberschenkeln ein papulöser, squamöser Ausschlag auf, der nach dem Bauche und dem Kreuze sich ausbreitete. Daneben bestanden Infiltrate und Abszesse der Muskeln und Sehnen. Das Exanthem verlief sich rasch und spontan. H. Vörner-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Die Einwirkung verschiedener Lichtarten auf den Blutdruck, von A. KIMMERLE-Hamburg. (Strahlenther., Bd. 13, H. 2, S. 299—314.) Der Verf. gibt dem Bogenlampenlicht den Vorzug vor allen anderen künstlichen Bestrahlungsapparaturen, mit Ausnahme der Höhensonne in der Behandlung der Rachitis. G. W. Unna-Hamburg.

Die Abhängigkeit des Lichterythems und der Pigmenterzeugung von der Schwingungszahl (Wellenlänge) der erregenden Strahlung, von K. W. HAUSSER und W. VAHLE, Wernerwerk, Berlin-Siemensstadt. (Strahlenther., Bd. 13, H. 1, S. 41—71.) Nach einleitender Erörterung der physikalischen Grundlagen der Lichttherapie wird ein Apparat beschrieben, der es gestattet, Haut mit homogenem, monochromatischem Licht auch im Ultraviolett mit ausreichender Energie zu bestrahlen. Nach einer besonderen Methode wird das Erythem quantitativ erfaßt. Das Maximum der erythemerzeugenden Strahlung liegt nicht, wie man erwarten sollte, im äußersten Ultraviolett, sondern die

Digitized by Google

erregende Kurve hat ihr Maximum bei 300 μ und fällt nach der roten Seite sanfter, nach der violetten Seite steil ab. Die Kurven der spektralen Wirksamkeit für Erythem und Pigment fallen zusammen. Es werden die Anforderungen, die an ein Lichtdosimeter zu stellen sind, besprochen. G. W. Unna-Hamburg.

Die Quellen der Strahlungsenergie bei der Röntgen- und Radiumtherapie (Les sources d'énergie radiante en radiothérapie et en curiethérapie), von R. Proust. (Progr. méd., 1922, Nr. 25.) E. Levin-Berlin.

Sensibilität und Sensibilisierung in der Strahlentherapie, von F. Voltz-München. (M. m. W., 1922, Nr. 21, S. 782.) Im Original nachzulesen. A. v. Notthafft-München.

Radium und Mesothorium in der dermatologischen Therapie, von Hans Martenstein-Breslau. (Kl. W., 1922, Nr. 26, S. 1312.) Verf. bespricht die wichtigsten Tatsachen über die radioaktiven Substanzen, ihre Montierung und Filterung. Des weiteren berichtet er genau über die Dosierung, über Oberflächen- und Tiefenwirkung. Bestrahlungstechnik und Reaktion der Haut, makroskopisch und mikroskopisch, werden besprochen. Unter den Indikationen spielen maligne und benigne Neubildungen die Hauptrolle, daneben besonders tuberkulöse Haut- und Schleimhautveränderungen. Immerhin kommt Verf. zu dem Schluß, daß es in der dermatologischen Therapie keinen Fall gibt, der nur durch die radioaktive Substanz geheilt wird, aber es sind manche Krankheitserscheinungen, bei denen die anderen Heilmittel hinter der radioaktiven Substanz zurückstehen. E. Langer-Berlin.

Die postoperative Röntgentherapie der Krebse, von Hans Meyer-Bremen. (Strahlenther., Bd. 13, H. 1, S. 278—284.) Die Statistik großer chirurgischer Kliniken weist beim operativen Vorgehen bei Brustkrebs eine Mortalität von 70% auf, die meistens durch ein Lokalrezidiv so hoch gehalten wird. Die Beobachtungen der Kieler chirurgischen Klinik mit 230 Fällen, von denen 118 methodisch nachbestrahlt wurden nach erfolgter Operation, liefert eine ausgezeichnete Vergleichsmöglichkeit. In der Gruppe der kleinen beweglichen Karzinome ohne fühlbare Drüsen liefern beide Serien, die rein operierten und die nachbestrahlten, 100% Heilung; in der zweiten Gruppe, der Krebse mit verwachsener Umgebung und palpapeln Achseldrüsen, verhält sich die nicht nachbestrahlte Serie zur nachbestrahlten wie 35%: 57% und bei der noch weiter fortgeschrittenen Gruppe sogar wie 12,5%: 33%. Die postoperative Röntgenbestrahlung ist in allen Fällen zu fordern. Ebenso gaben die Statistiken über Uteruskrebs folgende für die Radiotherapie vorteilhafte Resultate. Von den sogenannten Grenzfällen wurden an der Döderleinschen Klinik durch alleinige Radiumbestrahlung doppelt soviel Fälle geheilt wie durch das Messer. Von 205 inoperabeln Fällen wurden noch 23 durch Radium gerettet. Ähnlich günstig sind die Erfolge bei Röntgenbestrahlung allein. Ferner wurde die Zahl der Dauerheilung durch die in der Berliner Frauenklinik geübte postoperative Nachbestrahlung verdoppelt. G. W. Unna-Hamburg.

Das radioaktive Mineralmoor in Franzensbad, dessen Entstehung, Eigenschaften und therapeutische Wirkung auf den menschlichen Organismus, von L. Stoklasa-Prag. (Strahlenther., Bd. 13, H. 2, S. 359—384.) Interessant ist die Rolle, die die Oxydationsfermente und Reduktionsfermente bei der Verwitterung des salinischen Moores spielen. Die völlige Keimfreiheit bei diesem Gärungsprozeß wird auf die starke Radioaktivität zurückgeführt. Das Franzensbader Moor stellt in dieser Hinsicht ein Unikum dar. Die Arbeit enthält viele originale, chemische und geologische Einzelheiten. G. W. Unna-Hamburg.

Hygiene der Haut und Kosmetik.

Über einen Fall von Hängewange, behoben durch Modifikation der Josephschen Operation, von V. Frühwald-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 32, S. 1337.) Methode Josephs: Durch Schnitt in die behaarte Region am Kopfe vor dem Ohre ein annähernd gleichschenkliges Dreieck gelegt, Spitze nach der Stirn zu, Basis der zu behebenden Senkung entsprechend. Exzision eines Hautstreifens, Hebung des vorderen Wundrandes und Fixation am hinteren Wundrand. Modifikation: Statt der oben winkligen Schnitte bogenförmige in der Haarregion; erst subkutane Nähte zum völligen Verstreichen der Nasolabialfalten, dann Vereinigung der Hautwundränder. H. Soltmann-Leipzig.

Hautbeschaffung aus Mamma und Präputium usw., von J. F. S. Esser-Berlin. (M. m. W., 1922, Nr. 24, S. 888.) Mammagewebe ist für Plastiken sehr empfehlenswert wegen seiner meist vorhandenen Menge, seiner Lage in der Mitte des Körpers, seiner

Digitized by Google

Beweglichkeit und seines Fettreichtums. Man kann Stiel- und Wanderlappen bilden. Kleinere Defekte des Gesichts soll man anders decken (abstechende weiße Farbe). Bei Hand- und Vorderarmplastik kann man die Mamma durchbohren. Skrotalhaut hat den Vorteil der Elastizität; doch tritt bei zu starker Dehnung Nekrose auf. Sie dient besonders für die Unterbauchgegend, zum Ersatz von Penis oder Harnröhre. An der Hand stört die dunkle Farbe, wenn auch an der Streckseite die Elastizität gut tut. Präputialhaut wird für Nasen-, Finger- und Harnröhrenplastik verwendet. Auch für freie Plastik können Hodensack und Vorhaut verwendet werden. A. v. Notthafft-München.

Funktionsstörungen.

Über Agarical, nebst kurzen Bemerkungen über die Behandlung der Hyperidrosis, von K. Kirschmann-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 29, S. 982—983.) Empfehlung von Agaricaltabletten (Agarazin + Pulv. Doveri + organ. Kalzium-Phosphat) bei Hyperidrosis jeglicher Ätiologie. F. Harry-Berlin.

Über künstliche Erzeugung von akuter, allgemeiner Anidrosis bzw. Oligidrosis durch Formaldehyd (vorläufige Mitteilung), von Rolf Griesbach-Gießen. (M. m. W., 1922, Nr. 1, S. 16.) Zwei Krankenbeobachtungen und Selbstversuche. Einpinselung der Füße mit unverdünnter offizineller Formalinlösung kann allgemeine Oligidrosis bis Anidrosis bewirken. Wird nun der Kranke irgendwie auf höhere Temperatur gebracht, so entsteht durch Ausfall der wärmeregulierenden Schweißsekretion ein Stunden bis ein paar Tage anhaltender fieberhafter Zustand. A. v. Notthafft-München.

Zirkulationsstörungen.

Oedema cutis proprium, ein Beitrag zur Lehre vom Ödem, von Felix Mendel-Essen. (Kl. W., 1922, Nr. 30, S. 1502.) Das Oedema cutis proprium stellt ein eigenes akut oder langsam entstehendes Krankheitsbild dar und ist in einer Störung des normalen Hautstoffwechsels, insbesondere des Chlornatriums bedingt. Dieses Ödem hat dagegen nicht in Gefäßschädigungen seine Ursache. Es sitzt in der Kutis selbst und nicht im Unterhautzellgewebe. Bei gleichzeitigem Auftreten von Hautödem und Nierenerkrankung muß man annehmen, daß beide durch die gleiche Noxe bedingt sind und daß die Haut die Aufgabe hat, die Nieren vor schweren Schädigungen zu schützen, indem neben Kochsalz und Wasser in der Haut nierenschädigende Stoffe zurückgehalten werden. Beseitigung des Hautödems verschlimmert oft ein Nierenleiden durch Freiwerden der in der Haut gebundenen Gifte. E. Langer-Berlin.

Vereisung des Nervus ischiadicus und des Nervus saphenus bei angiospastischen Schmerzzuständen der unteren Extremitäten, von A. Läwen-Marburg a. L. (M. m. W., 1922, Nr. 11, S. 389.) Bei einem Falle von höchst schmerzhaften Gefäßkrämpfen des einen Beines auf dem Boden von Arterienverkalkung wurde durch Vereisung des Hüftnerven sofort nicht nur Aufhebung der Schmerzen, sondern auch der Kälte des Beines bewirkt. Der Tonus der kleinen Arterien und der Kapillaren war sofort aufgehoben und stellte sich nur langsam und ungenügend wieder her. (Ödem, venöse Blutfülle im hängenden Beine.) Die Hautempfindlichkeit war nach 9 Monaten großenteils wieder hergestellt; aber die Fußmuskeln sind noch gelähmt. Verf. nimmt an, daß die Schmerzanfälle nicht nur wegen der Aufhebung der sensibeln Leitung, sondern auch wegen der Beseitigung der Gefäßkrämpfe dauernd ausgeblieben sind. 7 und 8 Monate nach der Vereisung kam es zu trophischen Störungen. Eine Neurombildung kann nicht die Ursache sein, da die Vereisung nicht wie die Durchschneidung Neurome macht. Verf. denkt daran, daß zu einer Zeit, in welcher die Wiederherstellung des Nerven noch nicht so weit gelangt ist, daß Empfindungen möglich sind, doch bereits ein Reiz auf das Gewebe, in das die Nerven hineinwachsen, ausgeübt wird, der wie die Neurome wirkt. Auch bei Raynaudscher Krankheit an der unteren Extremität kann die Vereisung in Betracht gezogen werden. A. v. Notthafft-München.

Angiospastische und angioparalytische Krankheitserscheinungen aus der Chirurgie und deren Grenzgebieten, von I. Wieting-Cuxhaven. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 126, H. 1.) Eine für jeden Kliniker und Chirurgen sehr lesenswerte und beachtenswerte Monographie des auf diesem Gebiete bekannten Forschers, die sich durch ihre Wichtigkeit für ein kurzes Referat nicht eignet. Wenn man dem Ideengang des Verf. folgt und sich vertraut macht mit den exogen und endogenen Reizen, die die Gefäßspasmen auslösen, dann dürften manche Fehldiagnosen wegfallen und mancherlei

Digitized by Google

Operationen unterbleiben bei Krankheitserscheinungen, die durch entsprechende medikamentöse Therapie erledigt werden können, oder aber es würde so manche Operation einer anderen als der üblichen Richtlinie folgen; insbesondere dürften wir bei Darmspasmen, die oft genug verkannt werden, und bei Angina intestinalis, die zu falschen Schlüssen führt, die entsprechende Therapie einleiten. Die richtige Erkennung der Sachlage ist von größter Bedeutung für die Therapie. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über die Behandlung der Krampfadern und ihrer Folgezustände. Schluß aus Nr. 25, von Th. Voeckler-Halle. (D. m. W., 1922, Nr. 26, S. 865—866.) Wenn die konservative Therapie versagt, wird bei unkomplizierten Varizen und positivem Trendelenburg die Unterbindung der Vena saphena empfohlen, bei einfachem Ulkus Kompressionsverbaud nach vorheriger Saphena-Unterbindung, für schwere Formen Totalexstirpation nach Babcock bzw. Umstechung nach Kocher oder Klapp, schließlich bei starker Schwielenbildung der Ulzera Saphena-Unterbindung und breite Gewebsinzision.

F. Harry-Berlin.

Die Behandlung des sekundär infizierten Ulcus cruris varicosum unter Berücksichtigung des biologischen Verhaltens der Bakterien, von F. Harry-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 7, S. 261—262.) Der Hauptgrund, daß Ulzera nicht heilen, ist die Ansiedlung von Bakterien, auf deren Beseitigung das Hauptaugenmerk zu richten ist. Voraussetzung aber für die richtige Wahl des chemischen Mittels ist die Kenntnis von der Biologie der Bakterien. Der Staphylokokkus bevorzugt für sein Eindringen und seine Ansiedlung Reduktionsorte: die Hornschicht, die oberen Lagen der Stachelschicht, die Haarbälge. Daher werden wir ihm mit Oxydationsmitteln ungünstige Lebensbedingungen schaffen: H_2O_2, Kaliumpermanganat usw. Der Streptokokkus entwickelt sich in der sauerstoffreichen Kutis, deren Lymphbahn und entlang den Blutgefäßen dicht an den Gefäßscheiden. Hier sind reduzierende Mittel am Platze: Resorzin, Ichthyol usw. Über das Verhalten anderer, häufiger Schmarotzer auf Ulcus cruris, wie Proteus, Pyozyaneus fehlen uns noch genaue Untersuchungsergebnisse, die im Interesse einer von reiner Empirie sich freimachenden Therapie dringend erwünscht sind.

H. Soltmann-Leipzig.

Die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Ludwig Simon-Ludwigshafen. (M. m. W., 1922, Nr. 16, S. 589.) Die Arbeit enthält im allgemeinen nur Bekanntes. Hervorzuheben ist, daß auch Simon von den Salben der Scharlachrotgruppe und den Kochsalzverbänden nichts Gutes gesehen hat. Dagegen tritt unter nicht komprimierenden Heftpflasterverbänden bei Bettlägerigen bald Epithelialisierung auf. Besonders empfehlenswert ist das Festbinden eines Gummischwammes auf die salben- und wattebedeckte Wunde, dessen Druck die Heilung bei ambulanten Kranken gestattet. Der Schwamm darf nicht durch die Wundsekrete verunreinigt werden.

A. v. Notthafft-München.

Urtikaria, Erythem, Herpes, Prurigo.

Intravenöse Trypaflavinbehandlung der chronischen Urtikaria, von O. Strassen-Düsseldorf-Gerresheim. (M. Kl., 1922, Nr. 19, S. 597.) Injiziert wurden 12—15 ccm einer 0,25%igen Lösung in Aq. dest. in Abständen von 2—3 Tagen. Nach 2—4 Einspritzungen waren die drei bisher auf diese Weise behandelten Fälle geheilt bei einer Beobachtungszeit von 14 Tagen bis 2 Monaten. G. Heymann-Elbing.

Strophulus bei kleinen Kindern (Le prurigo-strophulus des jeunes enfants), von G. L. Hallez. (Progr. méd., 1922, Nr. 29.) Es handelt sich meist um bei hereditär prädisponierten nervösen Kindern infolge von Störungen des Abbaues des Nahrungseiweißes auftretende Anfälle. Bisweilen gute Erfolge von Auto-Hämotherapie. Zwischen den Anfällen empfiehlt sich Anregung der Leber: Kalomel, Proteintherapie. E. Levin-Berlin.

Die neueren Richtungen in der Pathogenese und Therapie des Asthma bronchiale und sein ätiologischer Zusammenhang mit anderen Krankheiten, von Nikolaus Róth-Budapest. (Klin. W., 1922, Nr. 30, S. 1500.) Verf. konnte nachweisen, daß zahlreiche Asthmakranke auf die intrakutane Einverleibung gewisser Eiweißarten (Milch, Eier, Kalbfleisch, Rindfleisch, Mehl usw.) anaphylaktisch reagierten, und daß bei den betreffenden Patienten nach Fortlassen der Anaphylaxie verursachenden Eiweißart aus der Ernährung ihr Leiden sich besserte. Diese Untersuchungen sind geeignet, auch bei einer Reihe dermatologischer Erkrankungen (Urtikaria, angioneurotisches Ödem, Ekzem u. a.) aufgenommen zu werden und würden hier sicherlich interessante Resultate liefern.

E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Über das Wesen des Erythema nodosum (De la Nature de l'Erythéme noueux), von PH. PAGNIEZ. (Pr. med., 1922, Nr. 14, S. 149.) Aus einer kritischen Besprechung der neueren Literatur über dieses Thema begründet Verf. den Standpunkt, daß es vor allen Dingen nicht angängig ist, das Erythema nodosum, wie vielfach geschehen ist, als eine spezifisch tuberkulöse Erscheinung anzusehen, ebensowenig wie die rheumatische Deutung der Affektion als genügend begründet angesehen werden kann. Einige Autoren, wie GUERISAZ-Lausanne, GENDRON-Nantes und ODERY-SYMES, berichten über Beobachtungen, welche auf eine Kontagiosität des Leidens hinweisen, und von anderer Seite (SACQUÉPÉE, EMERYS ROBERTS, MASSINI) sind Mikroorganismen als kausale Faktoren beschrieben worden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Experimentelle Untersuchungen über die Keratitis und Meningoencephalitis herpetica (Ricerche sperimentali sulla cheratite e sulla meningo-encefalite erpetica), von G. MARIANI. (Policlinico, 1922, Nr. 37.) Bericht über vergleichende Untersuchungen an Kaninchen, ausgehend von menschlichem Materiale von Herpes febrilis, Herpes genitalis und Herpes zoster. 1. Herpes febrilis: Mit dem Inhalte frischer Bläschen von Herpes febrilis gelingt es fast konstant durch Skarifikation der Hornhaut des Kaninchens nach 24stündiger Inkubation Keratitis, Keratokonjunktivitis und Iridozyklitis von meist 20 tägigem Verlauf zu provozieren. Möglichkeit der Übertragung von Kornea zu Kornea bei Kaninchen. Die einzelnen Phasen der Läsion werden vom Verf. des genaueren beschrieben und insbesondere dem pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte Rechnung getragen. Es wurde weder eine Immunität der Kornea nach Überstehen der Infektion, noch weniger der anderen bei demselben Tiere gegen ein neues Virus herpeticum oder gegen das Virus der Keratitis herpetica derselben Herkunft beobachtet. Es wurde kein spontanes Rezidiv der abgelaufenen Keratitis, dagegen aber das spontane Auftreten einer Keratitis am anderen Auge, wenn die Affektion im inokulierten Auge schon im vorgeschrittenen Grade der Regression sich befand (am 18. Tage), beobachtet. Negativ waren die Impfversuche auf kutanem, subkutanem, endovenösem, endoperitonealem oder endotestikularem Wege. Während die Inokulationsversuche mit der Zerebrospinalflüssigkeit eines Meningitiskranken negativ ausfielen, erwies sich der Inhalt der Herpes-febrilis-Bläschen desselben Kranken äußerst virulent für die Hornhaut der Kaninchen. In etwa 20% der Fälle der korneal geimpften Tiere kam es nach 12—24 Tagen zum Exitus derselben unter schweren nervösen und Allgemeinsymptomen. Bei der Sektion der Tiere zeigte sich außer Ödem und Hyperämie der Meningen und der Gehirnrinde nichts Besonderes. Der mikroskopische Befund der Präparate wird eingehend beschrieben. 2. Bei Herpes genitalis wurden ähnliche Befunde wie bei Herpes febrilis erhoben, nur daß man frische Bläschen benutzen muß, um positive Resultate zu erzielen. 3. Herpes zoster: Hier schlugen die meisten Impfversuche fehl. Kontrollversuche mit dem Blaseninhalte verschiedener Dermatosen gaben negative Resultate. E. Freund-Triest.

Zur Frage der Übertragbarkeit des Herpes genitalis auf das Kaninchen, von A. LUGER und E. LAUDA-Wien. (Kl. W., 1922, Nr. 32, S. 1608.) Infektion der Kaninchen mit Herpes-genitalis-Virus hat meistens einen leichteren Verlauf. Man kann aber bei Kaninchen mit Impfung mit Herpes-genitalis-Virus gegen Herpes febrilis eine Immunität der Kornea erzeugen und umgekehrt. Eine Einheitlichkeit der verschiedenen Herpesarten bezüglich ihres Virus besteht, wenn auch kleine Abweichungen nach den Impfungen mit Herpes febrilis und genitalis vorkommen. E. Langer-Berlin.

Über die psychogene Komponente des Pruritus und der pruriginösen Dermatosen, von WALDEMAR TH. SACK. (M. m. W., 1922, Nr. 5, S. 148.) Juckempfindungen an der Haut sind dauernd vorhanden, sie werden jedoch i. d. R. unbewußt verarbeitet. Unter gewissen Verhältnissen (erzwungenes Stillehalten, Langeweile, Ermüdung) werden sie aber bewußt, die Empfindungen werden also scheinbar stärker. Besonders leicht geschieht dieses bei „neurotischer Disposition", wo psychische Vorgänge pathologische Veränderungen im Somatischen hervorrufen. Ins Unterbewußtsein verdrängte unlustvolle seelische Konflikte erleiden bei vielen Menschen „Affektverschiebung" und treten mit einem Äquivalent wieder ins Bewußtsein. Ein solches Äquivalent ist die Juckempfindung. Solches Hautjucken ist nur auf psychischem Wege zu beeinflussen. SACK unterscheidet psychogenen Pruritus ohne Hautveränderungen, psychogenen Pruritus mit Hautveränderungen und pruriginöse Dermatosen mit psychogen gesteigerter Reizbarkeit. Er bringt einige einschlägige Krankengeschichten, wo mit der psychischen Behandlung das Jucken schwand und wo sich auch zum Teil die ins Unterbewußtsein verdrängte Ursache feststellen ließ. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Erfrierung, Verbrennung, Wunden.

Röntgenbehandlung der Perniones, von Robert Lenk-Wien. (M. m. W., 1922, Nr. 3, S. 87.) Wiederempfehlung der Röntgenbehandlung bei Frostbeulen. Rascher Schwund von Jucken, Rötung und Schwellung. Harte Therapieröhre, 0,5 mm Al.-Filter. $^1/_2$—$^1/_3$ Erythemdosis. A. v. Notthafft-München.

Kasuistischer Beitrag zur Röntgenbehandlung der Frostbeulen, von Ladislaus Rothbart-Budapest. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1922, Bd. 29, H. 3.) Glänzende Erfolge in kürzester Zeit, im Herbst vorgenommen sicher prophylaktisch wirksam. Hartes Therapielicht. Filterung durch 1—2 mm Aluminium. Pro Feld: 20—40 F. E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der Pernionen und der chronischen Erfrierungen mit Schilddrüsenpräparaten, von Heinrich Embden-Hamburg. (M. m. W., 1922, Nr. 6, S. 201.) Günstige Erfolge. Diese werden mit der Annahme einer Einwirkung auf die Gefäße erklärt. A. v. Notthafft-München.

Ein chronisches Duodenalgeschwür nach Verbrennung, von L. Kirchmayr-Wien. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 171, H. 1—2.) Die Fälle von chronischem Duodenalgeschwür nach Verbrennung sind außerordentlich selten. In dem hier beobachteten Falle scheint der ätiologische Zusammenhang mit größter Wahrscheinlichkeit durch die zwölf Jahre vor der Operation klinisch behandelte Verbrennung und das bald darauf festgestellte erste Auftreten der Darmbeschwerden nachgewiesen. E. Levin-Berlin.

Die elektrischen Strommarken der Haut, von Schridde. (Vortrag, gehalten auf d. Versammlg. Westdeutsch. Patholog. in Düsseldorf am 24. Iuli 1921. Refer. von Beitzke.) (Zbl. f. Pathol., 1922, Bd. 32, Nr. 14, S. 369.) Sch. hat seit 1913 im ganzen an elf Fällen Hautveränderungen durch elektrischen Stromtod beobachtet, wie sie auch von Kawamura beschrieben wurden. An der Ein- und Austrittsstelle des elektrischen Stromes finden sich in der homogen gewordenen und gequollenen Hornhaut dichtstehende Bläschen, deren Auftreten bei schon 220 Volt beobachtet wurde. Daneben kraterförmige Einschmelzung des Plattenepithels und oberflächliche Verkohlungen. Die Bläschen finden sich teilweise von der Hornschicht bis zur Keimschicht. Die „elektrischen Strommarken" fehlen in der Mehrzahl der Fälle von elektrischem Stromtod. Dieser ist meist ein Herztod bei Status thymolymphaticus. Auf eine Anfrage Gruebers, ob Sch. ähnlich wie Kawamura an der Richtungsänderung der tieferen Epithellagen Ein- und Austrittsstellen des Stromes habe feststellen können, erklärt Schridde diese Möglichkeit für vorliegend. F. Jacobsohn-Berlin.

Die Behandlung der von den Händen ausgehenden Wundinfektionen der Ärzte. (Bemerkungen zu Biers gleichnamiger Arbeit in M. m. W., 1921, Nr. 39), von Franz Honigmann-Breslau. (M. m. W., 1922, Nr. 5, S. 160.) Honigmann verwirft jedes Schema. In manchen Fällen muß man, wenn die anderen Erscheinungen hierzu zwingen, trotz Fehlens von Eiterbildung einen Entspannungsschnitt anlegen. Auch in so bösartigen Fällen fortschreitender sulziger Gewebsdurchtränkung oder fortschreitender starrer Fettnekrose muß frühzeitig eingeschritten werden. — Auch die Furunkel an Handrücken zwingen gelegentlich zum chirurgischen Handeln. Schmerzen und Infektion der Lymphbahnen gehen sofort zurück. A. v. Notthafft-München.

Das neue Wundstreupulver „Albertan", von Fritz Brüning-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 19, S. 622—623.) Empfehlung eines geruchlosen Wundstreupulvers (Verbindung von Aluminium und Phenolalkoholen) „Albertan", das sich wegen seiner desodorierenden und adsorbierenden Eigenschaften auszeichnet. Die bakterizide Wirkung ist gering. F. Harry-Berlin.

Impetigo, Pyodermien, Diphtherie.

Die Schwellenreizvakzinetherapie der Staphylokokkenerkrankungen, von Egon Keining, Univ.-Hautkl. Marburg. (M. m. W., 1922, Nr. 26, S. 960.) Mit Staphylo-Yatren wurden ausgezeichnete Erfolge erzielt. Yatren zerstört offenbar die Antigene in der Staphylokokkenvakzine nicht. Yatren ist ein schonendes Desinfiziens und gleichzeitig ein vorzügliches dosierbares Schwellenreizmittel. A. v. Notthafft-München.

Über die Beziehung der Schälblasen zur Impetigo cont. und zur Dermatitis exfoliativa. I. Teil, von O. Weber-Berlin. (Zschr. f. Krankpfl., 1922, H. 5, S. 121.) Verf. bespricht eine Epidemie von Pemphigus neonatorum bei Säuglingen und gleichzeitig von Impetigo contag. bei größeren Kindern und Erwachsenen in der Berliner Kinder-

Digitized by Google

klinik. Er nimmt für beide Erkrankungen die gleiche infektiöse Schädigung an, aber eine Differenz, die in der Haut des Neugeborenen und des älteren Menschen liegt, als Grund für die verschiedenen Erscheinungsformen. Die Dermatitis exfoliativa neonatorum ist die virulenteste Form des Pemphigus neonatorum. G. Assmann-Kiel.

Zur Frage der Impetigonephritis, von H. Sieben-Bürstadt (Hessen). (Kl. W., 1922, Nr. 18, S. 896.) Eine reine Impetigonephritis dürfte bisher kaum beobachtet sein. Wo im Gefolge einer Impetigo eine Nephritis auftritt, ist an eine Komplikation mit Hautdiphtherie zu denken. Negativer Diphtheriebazillen-Nachweis spricht nicht gegen Diphtherie. Meist ist die Hauterkrankung abgeheilt, ehe die Nephritis eintritt; daher in allen auf ekzematoide Diphtherie verdächtigen Fällen sofortige bakteriologische Untersuchung nötig. Zu den auf Hautdiphtherie verdächtigen ekzematoiden Erkrankungen gehören vor allem die chronischen Ohrekzeme der Kinder. E. Langer-Berlin.

Die diphtherischen Wundinfektionen, von J. Dorn-Bonn, Chir. Univ.-Klinik Garré. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1922, Nr. 11, S. 326—331.) Die Diagnose einer Wunddiphtherie ist nur möglich auf Grund bakteriologischer Untersuchung und Feststellung der Tierpathogenität. Die klinischen Bilder der in den letzten Jahren beobachteten Wunddiphtherien boten kein charakteristisches Aussehen, die Wundheilung nahm normalen Verlauf. Die Diphtheriebazillen vegetieren in diesen Fällen nur als Saprophyten auf der Wunde („Wundbazillenträger"). Ein weiterer Teil der Fälle ist als relativ charakteristisch zu bezeichnen. (Aussehen kann auch durch andere bakterielle, chemische, artefizielle Ursachen bedingt sein.) Es bilden sich auf der Wunde festhaftende, schwer zu entfernende, graue bis gelbgrüne Membranen; die Wunde vergrößert sich durch Unterminierung der Kutis, die Wundränder hängen über. Disponiert sind schlecht durchblutete Wunden: Ulcera cruris, Narbengeschwüre an Amputationsstümpfen, osteomyelitische und tuberkulöse Knochenwundhöhlen, Röntgenulzera, jauchige Tumoren, besonders oft bei Rippenresektionswunden. Weit schwerer ist das Krankheitsbild der diphtherischen Phlegmone in den tieferen Gewebsschichten: rasch um sich greifende, brettharte Schwellung des subkutanen Gewebes, die anfangs hochrote, dann mehr zyanotische Verfärbung der Haut mit frühzeitig auftretenden eventuell furunkelartig aussehenden Nekrosen, geringe Druckschmerzhaftigkeit, verhältnismäßig niedrige Temperatur (38,5). Hauptursache der Entstehung sind die Bazillenträger im Nasen-Rachenraum. Daneben bei der Ubiquität der Diphtheriebazillen noch eine Reihe anderer Möglichkeiten. Ein gewisser Prozentsatz der Wunddiphtheriebazillenträger sind auch Hautdiphtheriebazillenträger. Fast stets handelt es sich bei der Wunddiphtherie um Mischinfektionen; virulenzsteigernd für Diphtheriebazillen sind Streptokokken und Koli. Das verschiedenartige Aussehen der Wunden erklärt sich: 1. aus der Beschaffenheit der Wunde selbst bei dem Eintritt der Infektion (gute Granulation oder schlechte Durchblutung); 2. aus dem Antitoxingehalt des Blutes des Infizierten. Durch das meist geringe Resorptionsvermögen der Wunde meist keine Alteration des Allgemeinbefindens (Lähmungen, Herzschädigungen). Verschwinden der Bazillen schnell, nur in charakteristischen Wunden bis zu zehn Monaten nachweisbar. Prognose infaust bei diphtherischer Phlegmone; auch sonst plötzlicher Herztod möglich. Therapie ziemlich machtlos, viele Versager der Serumbehandlung; trotzdem nicht unterlassen. Für Hautdiphtheriebazillenträger Höhensonne! Lokale Antiseptika erfolglos. Eventuell große In- und Exzision des erkrankten Gewebes. H. Soltmann-Leipzig.

Diphthosanbehandlung bei Diphtheriebazillenträgern, von P. R. Biemann-Hamburg-Barmbeck. (M. m. W., 1922, Nr. 1, S. 10.) Diphthosan enthält als wirksamen Stoff Flavizid. Es wurde zu Nasenauswaschungen, Gurgelungen und Scheidenspülungen benutzt und hat sich bestens bewährt, vor allem bei Bazillengehalt der Scheide. Das Mittel ist unschädlich. A. v. Notthafft-München.

Eine Probe auf Diphtherie-Immunität und -Empfänglichkeit (A Test for Diphtheria Immunity and Susceptibility), von W. H. Kellogg-Berkeley, Calif. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 23, S. 1782—1783.) Gegenüber der Schickschen Methode zum Nachweis des Vorhandenseins von Diphtherie-Antitoxin besitzt das neue Verfahren mehrere Vorzüge, indem es quantitativ ein genaueres Arbeiten ermöglicht und vor allen Dingen auch bei Blutproben Verwendung finden kann, die von weither eingesandt werden. Genauere Einzelheiten, die hier nur wenig interessieren, wolle man im Original durchlesen. F. Quasig-Hamburg.

Untersuchungen über das Vorkommen von Diphtheriebazillen in der Scheide von Gebärenden und Wöchnerinnen sowie bei Neugeborenen, von J. Tsukahara-Bern. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 5, S. 366—374.) Weder in der mütterlichen Vulva

Digitized by Google

und Vagina noch auf der kindlichen Nasenschleimhaut konnten jemals Diphtheriebazillen gezüchtet werden. Dagegen fanden sich häufig diphtheroide Bazillen. Eine Infektion während der Geburt von der mütterlichen Vagina dürfte daher nur selten stattfinden. Diphtherieerkrankung und Diphtheriebazillenträgerschaft von Neugeborenen beruhen meist auf Infektion nach der Geburt. F. Harry-Berlin.

Ekzem, Rosacea.

Ekzem, von H. Brooker Mills-Philadelphia. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 15.) Bei dem Ekzem der Kinder ist zu unterscheiden zwischen dem infantilen Ekzem, das gegen Ende des ersten Lebensjahres zu schwinden pflegt, und dem seborrhoischen, das länger bestehen bleibt. Besprechung der verschiedenen Theorien über die Ätiologie mit besonderer Hervorhebung der Anaphylaxie gegenüber gewissen Nahrungsbestandteilen. Interessant ist die Tatsache, daß unter Umständen ein Kind nach dem Entwöhnen die Stoffe zu sich nehmen kann, ohne daß ein Ekzem wieder auftritt, die, solange es sich an der Brust befand, zur Beseitigung eines Ekzems aus der Nahrung der Mutter entfernt werden mußten. Die Durchführung dieser letzteren Therapie erwies sich in einem großen Prozentsatz der Fälle erfolgreich. Ein Kind kann gegen mehrere Proteine empfindlich sein und auch gegen Substanzen, die nicht Proteine sind. Besonders häufig werden Fett oder Zucker nicht vertragen. E. Levin-Berlin.

Behandlung des Ekzems, von J. Schäffer-Breslau. (Med. Kl., 1921, Nr. 20—24.) Aus der neuesten Auflage des bekannten Schäfferschen Lehrbuchs bringt die Schriftleitung der Med. Kl. die von der Ekzemtherapie handelnden Abschnitte. Der Inhalt umfaßt die Behandlung im akuten (hyperakuten), subakuten und chronischen Stadium, eine Skala der Ekzemmittel, die Behandlung besonderer Ekzemtypen (seborrhoisches, psoriasiformes Ekzem, die lichenoide Form, die Kinderekzeme), ferner therapeutische Winke nach der Lokalisation, Vorschriften für Diät und innere Behandlung. Außer der mit reichlichen Rezepten ausgestatteten medikamentösen Therapie wird selbstverständlich die physikalische Behandlung mit Quarzlicht und Röntgenstrahlen besprochen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Ursache des juckenden Winterausschlages (Ekzema hiemale pruriens), von Friedrich Schultze-Bonn. (M. m. W., 1922, Nr. 5, S. 147.) Selbstbeobachtung. Seit 30 Jahren bestehendes winterliches Hautjucken an den unteren Gliedmaßen, hauptsächlich nachts. Ursache: Papeln und Quaddeln; allmählich Zusammenfließen zu Beeten, Rötung der Haut und Schuppung. Schwund im Frühjahr. Das Leiden hängt mit der Trockenheit der Zimmerluft in den geheizten Räumen zusammen. Besserung daher durch feuchte Umschläge, Anbringung eines Bellariaapparates im Zimmer und Bestreichen der Beine mit wasseranziehenden Stoffen (Glyzerin, Lanolin).
A. v. Notthafft-München.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Der Kongreß der deutschen dermatologischen Gesellschaft findet vom 20. bis 23. Mai d. J. in München statt. Thema: Allgemeine Pathologie, Ätiologie und Therapie des Ekzems (Referenten: Bloch, Kreibich, Pinkus und Riecke). Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen, sowie Anträge für die Geschäftssitzung sind an Geheimrat Jadassohn, Breslau XVI, Maxstraße 1, zu richten. Vorträge und Demonstrationen sind bis zum 15. Februar 1923 anzumelden.

Das Russische Volkskommissariat für Bildungswesen hat eine die Bücher- und Zeitschriftenliteratur umfassende „Systematische Bibliothek der wissenschaftlichen Literatur Deutschlands der Jahre 1914—1921“ (Verlag „Kniga“, Berlin 1922) herausgegeben. Das Kapitel Haut- und Geschlechtskrankheiten ist von Prof. Rille-Leipzig bearbeitet. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.“) ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

3. Februar 1923 | Nr. 5 | Band 76

Über Vitiligo.

Von

Priv.-Doz. Dr. A. Jordan in Moskau.

Bei der Ähnlichkeit der Vitiligo mit dem Leukoderma war es kein Wunder, daß Pierre Marie sie gleichfalls von der Syphilis ableitete. Mit Eifer wurde dieser Zusammenhang weiter verfolgt und in der Tat durch eine Reihe vorzüglich französischer Forscher, so Pautrier, Rabreau, Crouzon, Foix, Merklen, Etienne bestätigt. Da eine weitere Reihe von Vitiligofällen in unzweifelhafter Verbindung mit Lepra steht, war es nicht überraschend, daß auch ein Zusammenhang mit Tuberkulose gesucht wurde. Selenew z. B. konstatierte unter 52 Vitiligofällen in 22 eine Abhängigkeit von Syphilis, in 7 von Tuberkulose oder, wenn er dazu hinzurechnete noch 15 Fälle von Vitiligo bei Personen aus tuberkulösen Familien = 22. Letzteres erscheint mir jedoch entschieden zu weit gegangen. Aber selbst wenn man dem zustimmen sollte, würden damit nicht alle Vitiligofälle erklärt sein. Aus diesem Grunde sind wir gezwungen, weiter nach der bisher dunkeln Ursache der Vitiligo zu forschen. An und für sich kommt die Vitiligo nicht oft vor. Conradi verzeichnete unter 2500 Fällen aus Rilles dermatologischer Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik bloß 4 Vitiligofälle. Unter 4000 Hautfällen meiner Privatpraxis der letzten 8 Jahre sah ich dieselbe 20mal, darunter 11mal bei Personen männlichen und 9mal bei Personen weiblichen Geschlechts. Das steht im Gegensatz zu der Angabe von Haslund, welcher das weibliche Geschlecht besonders disponiert ansieht. Ebenso bestätigten meine Fälle nicht die Notiz von Max Joseph, daß meist kräftige, gesunde Leute davon betroffen werden. Die Vitiligo begann in unseren Fällen in sehr verschiedenem Alter:

im	ersten	Jahrzehnt	in	2 Fällen
„	zweiten	„	„	5 „
„	dritten	„	„	4 „
„	vierten	„	„	1 Fall
„	fünften	„	„	4 Fällen
	unbekannt	war	„	4 Fällen
		insgesamt		20 Fälle

Wie sonst trat sie auch in unseren Fällen in bald symmetrischer, bald asymmetrischer Form auf und betraf am häufigsten die Handrücken, nächstdem die Oberschenkel, das Gesicht, den Hals, die Vorderarme, die Unterschenkel, den Rumpf, einigemal bloß die Knie, den Kopf, den Penis,

Digitized by Google

den Hodensack oder einen Haarbüschel auf dem Kopf. Form und Größe der einzelnen Vitiligoflecke schwankten, jedoch unter Markgröße war kein einziger, wodurch sie sich leicht von den Leukodermaflecken unterschieden. Am meisten interessiert natürlich die Frage, ob die Vitiligo primär oder sekundär auftrat? Wie aus folgender Übersicht hervorgeht, war sie meist sekundär, denn sie stand in Verbindung:

1.	mit	Pruritus	in 3	Fällen
2.	„	Syphilis	„ 3	„
3.	„	schweren seelischen Erschütterungen	„ 3	„
4.	„	Narbenbildung	„ 2	„
5.	„	Ekzem	„ 1	Fall
6.	„	Lichen ruber planus	„ 1	„
7.	„	Lupus vulgaris	„ 1	„
8.	„	Trichophytia capillitii	„ 1	„
9.	„	Diphtherie	„ 1	„
10.	„	Druck	„ 1	„
11.	war	unkompliziert	„ 3	Fällen
			insgesamt 20	Fälle.

Wenn auch aus dem post hoc nicht unbedingt auf ein propter hoc geschlossen werden kann, muß uns doch jedes Zusammentreffen mit anderen Hautveränderungen oder Krankheiten an die Möglichkeit einer Verbindung denken lassen. Fassen wir zunächst die 9 Fälle näher ins Auge, wo die Vitiligo mit Hautkrankheiten (Pruritus, Ekzem, Lichen ruber planus, Lupus vulgaris, Trichophytia capillitii) resp. Narbenbildung verknüpft war. In den 3 Pruritusfällen wie im Ekzemfall hatte sich die Vitiligo gerade auf den Stellen entwickelt, die von der Hautkrankheit betroffen, resp. wo am meisten gekratzt worden war, nämlich die Beine und der Hodensack, so daß die Abhängigkeit der Vitiligo hiervon augenscheinlich war. Ebenso konnte auch im Fall von Lichen ruber planus das Kratzen als Ursache angesehen werden, wo auch diese Krankheit unter starkem Jucken verläuft, obgleich die Lokalisation der Vitiligo auf den Oberschenkeln nicht gerade der Stelle entspricht, welche beim Lichen planus am stärksten betroffen zu sein pflegt. Deutlicher wurde ein Zusammenhang in den Fällen von Narbenbildung und von Lupus vulgaris, indem in allen drei die Vitiligo speziell die Narben umkreiste. Das eine Mal lokalisierte sich die Vitiligo in der Umgebung einer Zirkumzisionsnarbe auf dem Penis, das andere Mal in der Umgebung einer Narbe auf dem Rücken, welche nach Jodpinselung entstanden war, das dritte Mal auf dem Halse, an der Seite einer Lupusnarbe. Einige noch vorhandene Lupusknötchen in der Nachbarschaft sicherten die Diagnose.

Etwas entfernt vom Erkrankungsherd saß der Vitiligofleck in dem Fall von Trichophytia capillitii, nämlich auf der Stirn. Bei Trichophytien sehen wir öfter zeitweilige Depigmentierungen nach Röntgenbestrahlung entsprechend den Trichophytieherden, welche nach einiger Zeit wieder schwinden. In diesem Fall trat die Depigmentation erst später auf, betraf nicht den Krankheitsherd selbst und verschwand nicht. Immerhin kennen wir aus der Literatur eine Reihe von Fällen, wo die

Digitized by Google

Vitiligo als Folge von Hautkrankheiten anerkannt worden ist und nicht immer dem Sitz der letzteren entsprach. Ich erinnere an die Fälle von Neisser von Vitiligo nach Lichen chr. Vidal, von Pinkus nach lichenoider Eruption, Rabello und Leiner gleichfalls wie in unseren Fällen nach Pruritus, resp. Ekzem, von Heuss nach Sonnenbrand, Bettmann nach Psoriasis vulgaris, von anderen, darunter auch von mir, nach Merkurialdermatitis. Ebenso klar war im 10. Fall der Zusammenhang mit Druck, wie ihn schon Hebra am Ort der Druckstelle durch eine Pelotte des Bruchbandes, Kreibich an der Stelle des Druckes durch den Kleiderbund bei den Frauen angegeben haben. In unserem Fall trat bei einem 4jährigen Mädchen in symmetrischer Weise über beiden Scheitelbeinen die Vitiligo mit Haarschwund, durch die rundliche Form an eine Alopecia areata erinnernd, an den Stellen auf, wo die Ränder eines schlecht sitzenden Gipsbettes wegen Wirbeltuberkulose drückten. Kurz, in der Hälfte unserer Fälle stand die Vitiligo in mehr oder weniger sicherer Verbindung mit äußeren Ursachen, wie Kratzen, Narbenbildung, Druck, resp. mit verschiedenen Hautkrankheiten. Wie steht es nun mit der anderen Hälfte unserer Fälle? Bei dem größeren Teil derselben schien gleichfalls ein Zusammenhang mit anderen Krankheiten, resp. mit seelischen Erschütterungen zu bestehen, wenngleich auch der sichere Beweis dafür fehlte. So z. B. in den drei Fällen von Vitiligo bei Syphilitikern behauptete der eine, ein kongenital Syphilitischer, die Vitiligo im 17. Lebensjahr, gleichfalls die beiden anderen dieselbe erst viele Jahre nach der Infektion mit Syphilis bemerkt zu haben. Da keine andere Ursache für die Vitiligo nachweisbar, ist natürlich, nach Analogie mit dem Leucoderma syphiliticum, ein Zusammenhang mit der Lues möglich, aber nicht bewiesen. Viel wahrscheinlicher war dagegen die Abhängigkeit in einem Diphtheriefall, wo der Vitiligofleck von Talergröße auf dem Bauch nach Angabe des intelligenten Kranken gerade zwei Monate nach Überstehen dieser Krankheit, welche mit Seruminjektionen behandelt worden war, auftrat. Etwas Ähnliches beobachtete Jolivet, nur mit dem Unterschied, daß sich in seinem Fall 5 Monate nach der Diphtherie eine symmetrische Vitiligo entwickelte. Nun bietet aber ein Diphtheriefall noch in anderer Hinsicht Interesse, indem einige Monate nach der Vitiligo bei ihm auch Alopecia areata auftrat. Dasselbe sah ich auch bei dem erwähnten 7jährigen Knaben mit Vitiligo auf der Stirn nach Trichophytia capillitii, wo ich, $1^1/_2$ Jahr nach der Bestrahlung des Kopfes mit Röntgenstrahlen, neben dem Vitiligofleck auf der Stirn einen Herd von Alopecia areata auf dem Kopf konstatierte. Beides war, nach Angabe der Mutter, gleichzeitig etwa ein Jahr nach der Trichophytie aufgetreten. Das gleichzeitige Vorkommen von Vitiligo und Alopecia areata haben verschiedene andere ebenfalls gesehen, so Wisniewski, Chajes, Jaelsohn, Ssuchow, Siemens und andere. In bezug auf die Ätiologie der Alopecia areata sagt Max Joseph in seinem Lehrbuch: „Wir werden wohl nicht fehlgehen, wenn wir annehmen, daß in einem Teil der Fälle die Alopecia areata auf trophoneurotischer Basis entsteht.“ Hat das für die Alopezie Geltung, müßte es auch für die gleichzeitig vorkommende Vitiligo gelten und wir hätten somit die Vitiligo in meinem Trichophytiefall auf eine durch die Trichophytie, resp. die Röntgenbestrahlung hervor-

Digitized by Google

gerufene trophoneurotische Störung zu erklären. Obgleich wir damit, wenigstens für einen Teil der Vitiligofälle, zur alten Leloirschen Erklärung der Vitiligo durch Störungen im peripheren, resp. zentralen Nervensystem zurückkehren, dürfte das nicht ohne Berechtigung sein, wo nicht nur von uns, sondern auch in einigen Fällen der Literatur Vitiligo nach schweren seelischen Erschütterungen beobachtet wurde. In drei meiner Fälle trat die Vitiligo nach Angabe der Kranken sehr bald nach großen Aufregungen, wie plötzlicher Tod des Mannes, Erschießung eines Sohnes, auf. Ebenso ist plötzliches Auftreten von Vitiligo in letzter Zeit angegeben worden von Jacobsohn nach Unfall, von Hesse nach traumatischer Neurose, von Gerlach und Janzon nach Schlachten während des Krieges.

Es bleiben somit unter unseren Fällen nur drei mit völlig unklarer Ätiologie.

Kurz zusammenfassend lehrt unsere freilich nur kleine Statistik, daß die Vitiligo in dem größten Teil der Fälle von Hautkrankheiten und von Druck durch Narben oder drückende Verbände, in einem kleineren Teil von akuten (Diphtherie) und chronischen Infektionskrankheiten (Syphilis) abhing. In einigen Fällen erschien eine Abhängigkeit vom Nervensystem höchst wahrscheinlich.

Da in der Literatur therapeutisch günstige Resultate durch das Finsenlicht und die Quarzlampe beschrieben worden sind, versuchte ich in einem Fall das Radium anzuwenden und sah in der Tat 6 Wochen nach einer 15 Minuten langen Bestrahlung mit 10 mg Radium Pigmentflecke auftreten. Wie lange sie standhalten, wird die Zukunft lehren.

Literatur.

Bettmann, Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 121. — Chajes, Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 245. — Conradi, Inaug.-Diss., Leipzig 1906. — Crouzon und Foix, Ref. n. Derm. W., 1914, Bd. 59, S. 1287. — Etienne, Ref. n. Derm. W., 1917, Bd. 64, S. 367. — Gerlach, Ref. n. Derm. W., 1917, Bd. 64, S. 70. — Haslund, Ref. n. Mh. f. pr. Derm., 1886, Bd. 5, S. 186. — Hebra und Kaposi, Lehrb. d. Hautkrkh., Stuttgart 1876, Bd. II, S. 128. — Hesse, Ref. n. Derm. W., 1910, Bd. 50, S. 275. — Heuss, zit. n. Pinkus. — Jacobsohn, Ref. n. Derm. W., 1909, Bd. 49, S. 60. — Jaelsohn, Ref. n. Derm. W., 1917, Bd. 65, S. 910. — Janzon, Ref. n. Derm. W., 1920, Bd. 71, S. 920. — Jolivet, Ref. n. Derm. W., 1920, Bd. 71, S. 475. — Jordan, Dermatologia (Russisch), 1913, Bd. I, S. 331. — Kreibich, Derm. W., 1921, Bd. 72, S. 177. — Leiner, Ref. n. Mh. f. pr. Derm., 1907, Bd. 44, S. 288. — Merklen, Ref. n. Derm. W., 1914, Bd. 59, S. 1288. — Neisser, zit. nach Pinkus. — Pautrier, Ref. n. Mh. f. pr. Derm., 1904, Bd. 39, S. 171. — Pierre Marie, zit. n. Crouzon, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1921, Bd. II, S. 293. — Pinkus, Derm. Zschr., 1903, Bd. X, S. 169. — Rabello, Ref. n. Derm. W., 1913, Bd. 57, S. 1039. — Rabbeau, Ref. n. Derm. W., 1914, Bd. 59, S. 1065. — Selenew, Russ. Zschr. f. Haut- u. vener. Krkh., 1914, Bd. 27, Juniheft. — Siemens, Ref. n. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1922, Bd. VI, S. 67. — Ssuchow, Wratschebnaja Gaseta, 1916, Nr. 28, S. 440. — Wisnieswki, Ref. n. Derm. W., 1912, Bd. 54, S. 445.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck (Prof. Dr. Hahn).

Uber die Ergebnisse mit einzeitig kombinierter Salvarsan-Hg-Behandlung nach Linser.

Von

Dr. Otto Ebel, Assistenzarzt der Abteilung.

Im März 1921 veröffentlichte Löwenstein in der Derm. Zschr. aus dem hiesigen Krankenhause eine Zusammenstellung der Rezidive nach kombinierter Salvarsan-Hg-Behandlung an obiger Abteilung. Diese Arbeit umfaßt das Material bis zum 1. I. 1920, um welche Zeit hier die einzeitig kombinierte Linsersche Salvarsan-Hg-Behandlung zur Einführung kam. Seitdem sind fast sämtliche Luesfälle nach der Linser-Methode behandelt worden.

Aus dem großen Material der Frauenabteilung der hiesigen dermatologischen Abteilung habe ich alle diejenigen Fälle herausgezogen, die nach einer oder mehreren Linser-Kuren bis zum 1. V. 1922 hier wieder zur Aufnahme kamen. Das Material umfaßt alle drei Stationen, die freie Station, Polizeistation und die Puellenstation; vier Fünftel der Fälle gehören der Puellenstation an, der Rest verteilt sich ungefähr gleichmäßig auf die beiden anderen Stationen. Der geringe Prozentsatz der Wiederaufnahmen auf der freien und auf der Polizeistation findet seine Erklärung darin, daß die Patienten teils die Weiterbehandlung außerhalb des Krankenhauses bei der Fürsorgestelle des Medizinalamtes, teils ambulant durchführen lassen, teils bis zur Wiederaufnahme Kontrolle bekommen hatten und dann unter den Patienten der Puellenstation erscheinen. Von den Puellen werden nur diejenigen wieder eingewiesen, die manifeste Erscheinungen aufweisen; zur regelmäßigen Wiederholungskur oder zur Sicherheitskur erscheinen nur die wenigsten der Patienten freiwillig wieder, so daß hierdurch das Gesamtbild des Erfolges der antiluetischen Behandlung nach der negativen Seite hin verzerrt wird.

Zur Erklärung der folgenden Zusammenstellung muß noch vorausgeschickt werden:

Als „Rezidiv" habe ich alle diejenigen Fälle angesehen, bei denen im Laufe der Behandlung — sei es auch nur nach einer Linser-Kur — die WR negativ gefunden wurde und die dann bei der Wiederaufnahme WR + oder Spir. + aufwiesen.

Die hier im allgemeinen zur Anwendung gelangte Normaldosis betrug pro Injektion 0,45 Neosalvarsan und 0,02 $HgCl_2$.

Wenn im folgenden von „Neo" gesprochen wird, so ist hierunter jedesmal Neosalvarsan mit der der hiesigen Normaldosis entsprechenden Menge $HgCl_2$ zu verstehen.

Zur Behandlung kamen fast ausschließlich Luesfälle im I. und II. Stadium. Tertiäre Fälle sind höchstens ganz vereinzelt während der

Digitized by Google

Beobachtungszeit zur Aufnahme gelangt; mehr als eine Linser-Kur wurde bei keinem Falle mit Lues III durchgeführt.

In dem Beobachtungszeitraum von 29 Monaten wurden insgesamt 267 Fälle wieder aufgenommen, darunter:

4 Reinfektionen . . . . . = 1,5%
69 Rezidive . . . . . = 25,8%
194 Fälle ohne Rezidive . . . . . = 72,7%

I. Reinfektionen.

Da bei allen 4 Fällen das Bild der Reinfektion absolut typisch war, habe ich diese 4 Fälle unter die Rezidive nicht mit eingerechnet.

II. Rezidive.

Die Rezidivfälle habe ich im folgenden so geordnet, daß man eine Übersicht erhält:

1. In welcher Art und wann sind die Rezidive aufgetreten, wie stark ist die vorangegangene Behandlung gewesen?
2. Wie ist die Verteilung der Rezidive auf die einzelnen Luesstadien und wie der Enderfolg der Behandlung?

Die 69 Rezidive verteilen sich in:

31 serologische (WR +)
31 serologische und klinische (WR +, Spir. +)
7 klinische (WR —, Spir. +)

Die Verteilung der nur nach Linser behandelten Fälle und der anderweitig vorbehandelten, dann nach Linser weiterbehandelten Fälle auf die 3 Gruppen geht aus der Tabelle I hervor.

Tabelle I.

	nach Linser behandelt	WR — bei Entlassung	WR + bei Entlassung	anderweitig vorbehandelt	WR — bei Entlassung	WR + bei Entlassung
WR +. . . .	17	10 (58,8%)	7	14	3 (21,4%)	11
WR +, Spir. +.	22	8 (36,4%)	14	9	3 (33,3%)	6
Spir. +, WR —.	4	4	—	3	3	—

Wann die Rezidive aufgetreten bzw. hier zur Beobachtung gelangt sind, ist aus der Tabelle II und III ersichtlich. Um ein klares Bild der Wirksamkeit der Linser-Behandlung zu erhalten, habe ich in Tabelle II und III die Rezidivfälle getrennt in:

1. 43 Fälle mit reiner Linser-Behandlung (Tabelle II).
2. 26 Fälle mit Linser-Behandlung nach vorausgegangenen Salvarsan-Hg-Kuren (Tabelle III).

Bei beiden Gruppen habe ich wieder unterschieden:

a) serologische Rezidive,
b) serologische und klinische Rezidive,
c) rein klinische Rezidive.

Digitized by Google

Tabelle II. Nur nach Linser behandelte Fälle.

	Neo Gramm	Monate 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
WR +	1–2															
	2–3			2		4	1	1	1							1
	3–4			1	1	1										
	4–5															
	5–6				1			1								
	6–7						2[1]									
WR + Spir. +	1–2										1					
	2–3	1		1	1	3						1			1	1
	3–4		1	3	1	1					1					
	4–5									1	1					
	5–6		1			1										
	6–7							1								
WR + Spir. +	1–2															
	2–3															
	3–4															
	4–5															
	5–6														2[3]	
	6–7	1[2]														

[1] (2 × 2 × 6 L)

[2] (2 × 7 L)

[3] (2 × 6 L)

Tabelle III.

Vorbehandelt mit	Neo Gramm	Monate 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Komb. Kur + WR +	1–2					1		1			1					1
	2–3															
	3–4						1	2	1							
2 Komb. Kuren + WR +	1–2															
	2–3											1				
	3–4															
	7–8	1														
3 Komb. Kuren + WR +	1–2															
	2–3					2										
	3–4															
	4 5															
	5–6			1												
4 Komb. K. +	2–3					1										
7 Komb. K. +	3–4															
WR + Spir. +	1–2															
	2–3										3					
	3–4													1	1	
WR + Spir. +	1–2															
	2–3							1								
	3–4															
WR + Spir. +	1–2															
	2–3															
	3–4					1										
	4 5															
	5–6									1						
WR + Spir. +	2–3															
	3–4		1													
WR − Spir. +	1–2															
	2–3				1											
	3–4															
WR − Spir. +	1–2															
	2–3															
	3–4												1			
WR − Spir. +	1–2															
	2–3				1											
	3–4															
	4 5															
	5–6															

Digitized by Google

Ferner habe ich in Tabelle II und III nach der Grammzahl der nach Linser erhaltenen Salvarsanmenge, nach dem Zeitpunkt des Auftreten des Rezidivs und nach der Zahl der vor Einsetzen der Linser-Behandlung gemachten Kuren getrennt.

Zu Tabelle II, nur nach Linser behandelte Fälle.

Nach dieser Tabelle entfallen auf Mens. 1—6 nach Abschluß der letzten Kur 69,8% Rezidive, Mens. 7—10 = 18,6%, der Rest verteilt sich auf Mens. 11—15.

Von den während der ersten 6 Monate aufgetretenen Rezidiven waren behandelt:

a) serologische Rezidive:

mit	2—3 g	Neo	5	Fälle = 29,5%
„	3—4 g	„	3	„ = 17,7%
„	5—6 g	„	1	Fall = 5,9%
„	6—7 g	„	2	Fälle = 11,8%

b) serologisch-klinische Rezidive:

mit	2—3 g	Neo	6	Fälle = 27,3%
„	3—4 g	„	6	„ = 27,3%
„	4—5 g	„	0	„
„	5—6 g	„	2	„ = 9,1%

c) klinische Rezidive:

mit	1—2 g	Neo	1	Fall = 25%
„	2—3 g	„	1	„ = 25%
„	5—6 g	„	1	„ = 25%

Die Stärke der vorausgegangenen Kuren (Tabelle III) ließ sich bei einer großen Anzahl von Fällen nicht genau feststellen, man mußte die bei der Anamnese gemachten Angaben der Patienten als Unterlage heranziehen. Im allgemeinen schwankte die Zahl der Neosalvarsan- bzw. Silbersalvarsaninjektionen pro Kur zwischen 5—10, desgleichen die Zahl der Hg-Injektionen; die der Schmierkuren schwankte zwischen 3—7. Der Zwischenraum zwischen den einzelnen vorausgegangenen Kuren ist bei der Eigenart des hiesigen Materials sehr verschieden, manchmal liegen nur Wochen zwischen der letzten Kur, manchmal 1—2 Jahre.

Die teils hier, teils außerhalb vorbehandelten Patienten wurden hier nach Einführung der Linser-Methode nach dieser Methode weiterbehandelt, und es ergab sich, daß von 26 vorbehandelten Fällen, die nach einer oder mehreren einzeitig kombinierten Kur Rezidive aufwiesen, auf die ersten 6 Monate nach der letzten Kur 42,3%, auf den 7. bis 10. Monat 38,5%, der Rest auf den 11.—15. Monat entfallen.

Bei Verteilung der Rezidive nach dem Stadium, in dem sie in Behandlung traten, finden sich:

12 Primäraffekte (3 WR —, 9 WR +) = 17,4%
57 Lues II, davon 8 Lues latens . . = 82,6%

Digitized by Google

A. Primäraffekte.

1. Seronegative (3). Bei der 1. Linser-Kur erhielt hiervon 1 Fall 2—3 g Neo; dieser Fall zeigte nach 14 Monaten WR +, Spir. + und erhielt 2,7 g Neo (WR bei Abgang noch +), nach weiteren 5 Monaten 1,8 g. Patient wurde mit WR + entlassen. 2 Fälle erhielten 3—4 g Neo, davon zeigte 1 Fall nach 4, der andere nach 6 Monaten WR +; beide wurden mit WR + entlassen.

2. Seropositive (9), davon anderweitig vorbehandelt 2. Bei der 1. Linser-Kur haben erhalten 5 Fälle 2—3 g, 2 Fälle 3—4 g. Von den 5 mit 2—3 g Neo behandelten Fällen wurden nach der 1. Linser-Kur 4 mit WR — entlassen, von den 3 bei Wiederaufnahme wieder WR + aufwiesen; beim 4. Fall trat das Rezidiv erst nach der 2. Linser-Kur mit 2—3 g Neo auf; Fall 5 wies nach 3 Linser-Kuren mit 2,7, 2,7 und 3,15 g Neo WR — auf, zeigte jedoch bei der Wiederaufnahme WR +. Von den 2 mit 3—4 g Neo behandelten Fällen zeigte einer bei Abschluß der 1. Linser-Kur WR —, bei Wiederaufnahme WR +, die nach 3,6 g Neo wieder negativ wurde; der andere Fall zeigte nach der 2. Linser-Kur mit 3,6 g Neo WR —, die auch bei der 3. Kur negativ blieb trotz positiven Spirochätenbefunds bei der Aufnahme. Die 2 anderweitig vorbehandelten Fälle hatten je eine kombinierte Salvarsan-Hg-Kur gemacht und erhielten als 1. Linser-Kur 2—3 g Neo, wodurch bei einem der Fälle WR — wurde und blieb, trotz positiven Spirochätenbefunds bei der Aufnahme; der andere Fall hatte nach 3 Linser-Kuren mit 2,7, 1,8 und 3,6 g Neo WR —, die jedoch kurz nach der 3. Linser-Kur wieder nach plus umschlug. Dieser Fall hatte als 1. kombinierte Kur nur 3 Neosalvarsaninjektionen und 2 Schmiertouren erhalten, war also „anbehandelt".

Von den 9 seropositiven Primäraffekten wurden 5 nach der letzten Linser-Kur mit WR — entlassen. Die Beobachtungszeit dieser Fälle ist zu kurz, um hier einen Prozentsatz der geheilten Fälle angeben zu können.

B. Lues II.

1. Mit Erscheinungen (49), hiervon wurden nach Linser behandelt 31, anderweitig vorbehandelt, dann nach Linser weiterbehandelt 18.

Von den 31 nur nach Linser behandelten Rezidivfällen waren behandelt:

mit	1	Linser-Kur	2	Fälle,	davon	mit	WR —	entlassen	1	Fall
„	2	Linser-Kuren	19	„	„	„	WR —	„	11	Fälle
„	3	„ „	9	„	„	„	WR —	„	6	„
„	5	„ „	1	Fall,	„	„	WR —	„	0	„

Es kamen also von den nur nach Linser behandelten Rezidivfällen 56,1 % mit WR — zur Entlassung.

Von den 18 anderweitig vorbehandelten Fällen waren bei Einsetzen der Linser-Behandlung vorbehandelt:

Digitized by Google

mit 1 Kur 9, davon 1 Fall nach 1 Linser-Kur, 6 Fälle nach 2 Linser-Kuren mit WR + entlassen,
„ 2 Kuren 4, davon 1 Fall nach 1 Linser-Kur, 2 Fälle nach 2 Linser-Kuren mit WR + entlassen,
„ 3 „ 4, davon 2 Fälle nach 3 Linser-Kuren mit WR + entlassen,
„ 7 „ 1, nach 2 Linser-Kuren mit WR — entlassen.

Von den 18 vorbehandelten Fällen kamen also nur 6 mit WR — zur Entlassung = 33,3%.

2. Lues latens (8), davon nur nach Linser behandelt 3, anderweitig vorbehandelt 5. Von den 3 nur nach Linser behandelten Fällen kam 1 Fall nach 2 Linser-Kuren mit WR —, die beiden anderen Fälle nach 3 Linser-Kuren mit WR + zur Entlassung.

Von den 5 vorbehandelten Fällen waren mit 1 Kur 3 Fälle vorbehandelt, von denen 2 nach 2, 1 nach 3 Linser-Kuren mit WR + entlassen wurden, 1 mit 3 Kuren vorbehandelter Fall wies nach 3 Linser-Kuren noch WR + auf; 1 mit 4 Kuren vorbehandelter Fall wurde nach 2 Linser-Kuren mit WR — entlassen.

Von den nach Linser behandelten Lues-latens-Fällen wurden also 33,3%, von den anderweitig vorbehandelten Fällen 20% mit WR — entlassen.

Im ganzen wurden von den 57 Lues-II-Fällen, bei denen Rezidive beobachtet wurden, 26 mit WR — entlassen (45,6%). Von diesen 26 Fällen entfallen auf die nur nach Linser behandelten Fälle 20.

Zusammenfassung.

Tabelle I ergibt eine Überlegenheit der Linser-Methode gegenüber der zweizeitigen kombinierten Behandlung, denn das Prozentverhältnis der mit negativer WR entlassenen, nur nach Linser behandelten Rezidivfälle ist wesentlich günstiger als das der anderweitig vorbehandelten Fälle (58,8%, 21,4% und 36,4%, 33,3%). Allerdings lag bei den vorbehandelten Fällen der Zeitpunkt der Infektion meist weiter zurück als bei den nur nach Linser behandelten Fällen.

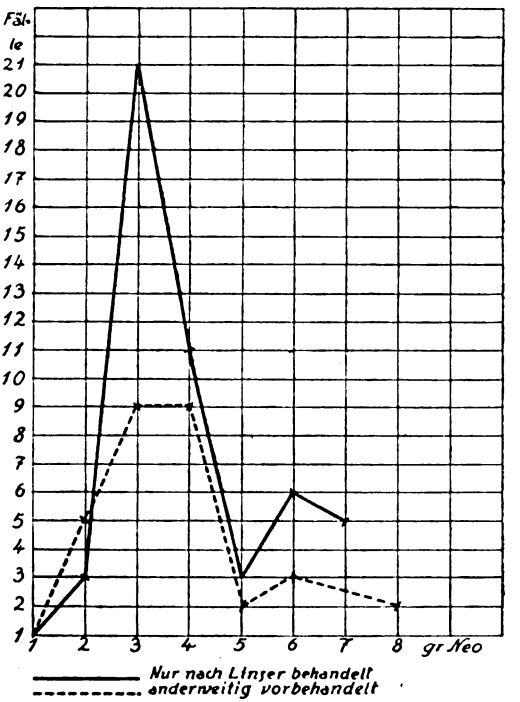
Nach Tabelle II sind die meisten serologischen und serologisch-klinischen Rezidive nach 2—3 g Neo aufgetreten; die rein klinischen Rezidive lasse ich der geringen Zahl wegen wegfallen. Ferner ist aus Tabelle II ersichtlich, daß mehr als die Hälfte der nach reiner Linser-behandlung aufgetretenen Rezidive auf die ersten 6 Monate nach Abschluß der letzten Kur entfällt (69,7%). Außerdem beweist Tabelle II, daß mit steigender Salvarsanmenge die Zahl der Rezidive sinkt und umgekehrt (s. Tabelle IV).

Während in Tabelle II die Zahl der mit 1—4 g Neo behandelten, innerhalb der ersten 6 Monate aufgetretenen Rezidivfälle mehr als die Hälfte ausmacht, entfällt in Tabelle III fast die Hälfte der mit 1—4 g Neo behandelten Fälle auf den 7.—10. Monat, der Rest verteilt sich nahezu gleichmäßig auf Monat 1—6 und 11—15. Der Umstand, daß bei den vorbehandelten Fällen die Mehrzahl der Rezidive erst später als nach reiner Linser-Behandlung aufgetreten sind, könnte zu dem Trugschluß führen, daß die zweizeitig kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung der ein-

Digitized by Google

zeitig kombinierten Behandlung überlegen sei. Dieser Schluß ist irrig, denn diese Patienten haben früher bereits mehr oder weniger Salvarsan bzw. Hg erhalten und dann die Behandlung nach Linser fortgesetzt, mit anderen Worten, diese Patienten müßten beim Vergleich mit Tabelle II dort in die Reihe der mit 5—8 g Neo behandelten Fälle eingereiht werden. Bezüglich der Zahl und des Auftretens der Rezidive sind also die Erfolge der Linser-Behandlung bei den vorbehandelten Fällen schlechter als bei den nur nach Linser behandelten Fällen, was für die Wirksamkeit der letzteren Methode spricht. Am günstigsten scheint sowohl bei den nicht vorbehandelten wie bei den vorbehandelten Fällen die Serie von Fällen, die pro Kur die Menge von 4—5 g Neo erhalten haben. Die Menge von 4—5 g scheint demnach die optimale Breite der bei Frauen pro Kur zu gebenden Salvarsanmenge darzustellen.

Tabelle IV.



Unterzieht man die Verteilung der Rezidivfälle auf die einzelnen Luesstadien und den Enderfolg der Behandlung einer kritischen Betrachtung, so fällt auf, daß ein Fünftel der Rezidive den mit Primäraffekt zur Behandlung gekommenen Fällen angehört. Der Grund für den hohen Prozentsatz der mit Primäraffekt in Behandlung getretenen, dann Rezidive zeigenden Fälle dürfte in erster Linie in der bei der 1. Linser-Kur erhaltenen Neomenge zu suchen sein; dieses Moment glaube ich auch für den relativ schlechten therapeutischen Erfolg verantwortlich machen zu können, denn es mußten 45% der Rezidiv zeigenden Primäraffekte nach mehrfacher Behandlung mit WR + entlassen werden. Die in der Mehrzahl dieser Fälle bei der 1. Kur gegebene Neomenge betrug 2—3 g, bei 4 Fällen 3—4 g, eine Menge, die nach obigen Ausführungen vor allem als 1. antiluetische Kur als zu gering zu bezeichnen ist. Ich halte hier, wie oben erwähnt, eine Menge von 4 bis 5 g Neo pro Kur für erforderlich.

Bei den Lues-II-Fällen fällt wieder der ungleich bessere therapeutische Effekt der reinen Linser-Behandlung gegenüber den vorbehandelten, dann nach Linser weiterbehandelten Fällen ins Auge. Vergleicht man den Prozentsatz der nur nach Linser und der anderweitig vorbehandelten

Digitized by Google

Patienten, die mit WR — zur Entlassung kamen, so ergibt sich folgendes Verhältnis: Fälle mit manifesten Erscheinungen 56,1 % : 33,3 %; Lues-latens-Fälle 33,3 % : 20 %. Zweifellos spielt für den geringeren therapeutischen Effekt bei den vorbehandelten Fällen auch hier der weiter zurückliegende Zeitpunkt der Infektion eine nicht unwesentliche Rolle, ferner die diesen Fällen bei der ersten antiluetischen Behandlung verabreichte relativ geringe Salvarsanmenge, die in gleicher Menge nach der Linserschen Methode gegeben wirksamer zu sein scheint.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Oktober 1922.

Vorsitzender: Nobl. Schriftführer: Kumer.

Perutz: 1. **Lues gummosa nasi.** 39jähr. Pat. mit infiltrierendem, kleingummösem Syphilid und Exulzerationen.

2. **Livedo racemosa.** Bei einer 48jähr. Pat., die vor 29 Jahren Lues akquirierte, zwei Schmierkuren machte und seit 1 Jahre an Paralyse leidet, besteht an den Gesäßbacken und linken Fuß eine Affektion.

Krüger (Abt. Oppenheim): 1. **Pityriasis lichenoides mit Blasenbildung und Leukoderma.** Bei einer 11jähr. Pat. neben über Stamm und Extremitäten lokalisierter typischer Effloreszenzen, erbsengroße Bläschen, zum Teil mit Kruste bedeckt. Kratzeffekte fehlen. Über Vorderarmen und Unterschenkeln, sowie am Halse die Erscheinungen spärlich. Gesicht, Kopf und Kniegelenke frei, ebenso Schleimhäute. An der oberen Brust, im Nacken unregelmäßig begrenzte, bis linsengroße, weiße Flecke; Dermographismus.

2. **Erythema figuratum perstans.** An Gesicht, Hals, oberen Körperpartien, Streckseiten der Extremitäten bei einer 21jähr. Pat. symmetrisch angeordnet, linsen- bis kreuzergroße, elevierte, rundliche, zum Teil polyzyklisch konturierte Effloreszenzen, Farbe in den Randpartien hellrot, im Zentrum bläulich. Die Affektion besteht seit drei Monaten.

Seidl (Ambulat. Perutz): **Lichen planus.** 54jähr. Pat., verruköse Plaques an der linken unteren Extremität, und Effloreszenzen an der Wangenschleimhaut.

Brünauer (Abt. Ehrmann): 1. **Keratodermia symmetrica palmaris et plantaris.** 26jähr. Pat. mit Sklerose und Lupus vulgaris erythematoides zeigt an den Hohlhänden warzenförmige Verdickungen in Form radiärer, in der Mittellinie der Volarfläche der Finger angeordneter Streifen gegen die Mitte der Hohlhand ziehend, woselbst mächtigere, von Spalten und Rissen durchsetzte Hornbildungen, allenthalben von einem hyperämischen Hof umgeben. An den Plantae, besonders Fersen, mächtige braungelbe Hornauflagerungen. Die Erscheinungen, die auch beim Vater und drei Schwestern vorhanden, traten im 9.—10. Lebensjahre mit Beginn manueller Arbeit auf.

2. **Keratoma hereditarium palmare et plantare.** 7jähr. Knabe, an den Volae bald nach der Geburt aufgetretene kleinpolygonale Hornschildchen, die über den Gelenken und Beugelinien der Palma fehlen. Am Rande der Flachhand als Begrenzung der hyperkeratotischen Fläche ein lividroter, 1 cm breiter Hof. Die Hornplatten gelbgrau. Schweißabsonderung normal. An den Plantae gleiche Erscheinungen in stärkerem Grade.

3. **Lichen planus.** Eine Pat. mit reichlicher Aussaat der verschiedenen Formen, teils diffus über den ganzen Körper zerstreut, teils strichförmig neben Erkrankung der Wangenschleimhaut und Innenfläche der kleinen Labien.

Urbach (Abt. Ehrmann): **Echtes Xanthom oder xanthomatöse Degeneration?** Frau mit Narben nach tubero-ulzeröser Syphilis, in der Peripherie mit Krusten bedeckte, rotbraune Effloreszenzen; in vielen Narben klinisch als Xanthom anzusprechende Gebilde. Histologisch: Doppelbrechung, Wabenzellen. Blutcholesterinspiegel normal (158 mg-%), Stoffwechselstörungen nicht nachweisbar. Blutdruck 120 RR, Blutzucker

Digitized by Google

92 mg-%. Störung des Allgemeincholesterinstoffwechsels als Ursache ausschließbar. Zur Erklärung der Ätiologie dieses Falles bleibt daher: 1. die Annahme einer hämatogenen Cholesterosis in dem Sinne, daß eine Cholesterophilie gewisser Zellen in den Narben besteht, die aus dem normal cholesterinhaltigem Blute Cholesterinfettsäurereste speichern; 2. die Möglichkeit der generativ-entzündlichen Cholesterosis. Infolge des schweren, ulzerös-syphilitischen Prozesses kam es zu Zerstörungen des Protoplasmas, Freiwerden von Cholesterin und Aufnahme desselben in Bindegewebszellen. Dafür spricht auch die sonstige Beschaffenheit dieses Hautbezirkes (Urticaria factitia, leichtes Hervorrufen von Blutungen). Schließlich Hinweis darauf, daß in diesem Falle neue Xanthome nur in noch aktiv syphilitischen Herden auftreten. Lymphstauung in den Narben.

Arzt verweist auf einen Vortrag Kirchs; für viele Fälle ist die Frage, ob Blastom oder Granulom, nicht endgültig geklärt, und kann der Nachweis einer Hypercholesterinämie positiv, aber auch negativ wie Riehls Fall sein.

Urbach: Die Fälle von Arzt und Siemens, die normale Cholesterinwerte zeigen, können mit dem demonstrierten nicht verglichen werden, weil man bei diesem die schwere Schädigung der Haut, in deren Bereich einzig und allein die xanthomähnlichen Gebilde nachweisbar sind, in einen ursächlichen Zusammenhang mit letzterem wohl bringen, und daher diesen Prozeß als eine xanthomatöse Degeneration gewisser kutaner Zellen auffassen kann.

Wertheim (Abt. Ehrmann): **Leukoderma syphiliticum und Höhensonne.** Der Pat. zeigt abheilendes papulöses Exanthem und aus den Papeln sich entwickelndes Leukoderm auf der durch Einwirkung des Sonnenlichts gebräunten Haut. An einer experimentell mit künstlicher Höhensonne bestrahlten Stelle sind die Leukodermaflecke stärker pigmentiert.

Kren: 1. **Tuberculosis ulcerosa miliaris labii superioris.** Eine 47jähr. Pat. mit offener Lungentuberkulose. Die etwa linsengroße Tuberkulose der Oberlippe glich erst einer Sklerose, zeigt aber zur Zeit weiche, unterminierte Knötchenränder.

2. **Eigenartiger Pemphigus mit Hyperkeratosen.** 23jähr. Beamter aus Lodz. Krankheitsbild ist zur Zeit schon regreß, doch treten immer noch vereinzelte Effloreszenzen auf und bilden linsen- bis hellergroße Epidermisdurchtränkungen, eben noch als Blasen zu bezeichnen, flach, plateauartig. Nach 2—3 Tagen vermindert sich das Exsudat, die Blasenbasis erhebt sich gegen die Blasendecke und die Effloreszenz wird bleigrau. Weiterhin wuchert die Basis papillär und die Blasendecke wandelt sich in eine Schuppenkruste um. Die Pigmentierung wird stärker. Die ältesten Effloreszenzen stellen schließlich etwa $^1/_2$ cm hohe, papillär gewucherte Erhabenheiten dar, die mit mehr oder weniger trockenen Hornmassen bedeckt sind. Kratzt man letztere ab, so resultiert eine dunkelrote, feucht glänzende und mit Grübchen versehene Fläche, die am Rande noch die anhaftende Schuppenkruste als Rest der Blase erkennen läßt. Die Primäreffloreszenz stellt also eine Blase mit sekundärer, papillärer Wucherung der Basis dar. Die Anordnung der Effloreszenz ist eine disseminierte, an den oberen Stammpartien dichter gestellt als an den unteren und den Extremitäten. Auch Gesicht und behaarter Kopf sind befallen. Im Gesicht fallen noch zahlreiche, dunkelbleigraue Pigmentflecke auf, die auch an der Lippenschleimhaut zu erkennen sind, ohne daß dort oder sonstwo im Munde frische exsudative Effloreszenzen oder papilläre Exkreszenzen zu konstatieren wären. Das Allgemeinbefinden ist gut, das Blutbild mit Ausnahme einer Eosinophilie bis 7% normal.

Oppenheim: 1. **Ulzeration am Fußrücken mit Überimpfbarkeit, hervorgerufen durch einen Diplostreptokokkus.** Am rechten Fußrücken zwei Ulzerationen von eigentümlicher Art. Steile, weithin unterminierte Ränder, unebener Grund mit eitrigem Belag. Geringe Entzündungserscheinungen in der Umgebung, bei Berührung höchst schmerzhaft. Bei Inokulation des Eiters auf den Oberschenkel nach 24 Stunden Pustelbildung, nachdem schon nach 12 Stunden lebhafte Rötung aufgetreten war. Im Sekret der Geschwüre ein grampositiver Diplostreptokokkus, der auch im Inokulationsgeschwüre nachweisbar ist. Die Kultur auf Serumagar ergibt ein zartes, wolkiges Wachstum. Nach 24 Stunden Abimpfung von der Kultur auf die Haut, positives Impfresultat. Subkutane Impfung erzeugt bei Mäusen Hautentzündungen. Die meisten Mäuse gehen kurz nach der Impfung ein. Intraperitoneale Impfung wirkt bei Mäusen in 24 Stunden tödlich. Aus dem Blut der Mäuse läßt sich derselbe Kokkus züchten. Eine Überimpfung mit dieser Kultur erzeugt wieder nach 24 Stunden eine Impfpustel, die sich ebenso wie die anderen Inokulationen zu einem vertieften, von unterminierten Rändern umgebenen Geschwür umwandelt, das nach etwa 5—8 Tagen spontan ausheilt. Nach alledem ist nicht der

Digitized by Google

Ducreysche Bazillus, sondern ein eigener grampositiver Streptokokkus die Ursache des Geschwürs.

Ullmann: Für die sichere Beurteilung, ob es sich um Autoinokulation vom Genitale her auf die Schenkelhaut handelt, wäre außer den Kulturversuchen doch auch der histologisch-mikroskopische Nachweis der Erreger im primären Geschwür nötig. Erfahrungsgemäß handelt es sich oft um Mischaffektionen, bei denen nur gewisse Bakterien auf Kulturmedien oder auf Tierhaut angängig sind, während andere Ulkuserreger, wie der Bazillus Ducrey, auf Tierhaut nicht übertragbar und kulturell schwer züchtbar ist und sich fakultativ-anaerob besser unter Luftabschluß züchten läßt.

2. Erythrodermia exfoliativa universalis nach Psoriasis vulgaris mit eigentümlicher Pigmentierung. 20jähr. Pat., im Anschluß an Chrysarobinbehandlung akute Psoriasis. Auftreten einer universellen Erythrodermie. In den letzten Wochen vereinzelte, scharf begrenzte, schiefergraue bis schwarze, runde oder ovale Flecken bis zur Größe eines Fingernagels. Histologisch Pigmentvermehrung der Basalzellen und der angrenzenden Stachelzellen, im Stratum papillare et subpapillare Chromatophoren dicht gehäuft, Melanomen ähnlich. Auch in den tieferen Schichten der Haut Ansammlungen wie beim Mongolenfleck. Ursache ist vielleicht die Therapie (Salben und Teer), wie beim Teerkrebs der Mäuse.

3. Urticaria cum pigmentatione oder Urticaria pigmentosa? 59jähr. Mann, seit 10 Monaten gelbliche bis braune Papeln, reichlich über Stamm und Extremitäten verteilt, lebhaft juckend. Abheilend, zum Teil mit zentraler Narbenbildung. Ausgesprochener Dermographismus besonders der papulösen Effloreszenzen, die dann bläulich-rot werden. Histologisch Pigmentierung der Basalzellen und der angrenzenden Zelllagen, reichlich Mastzellen, besonders entsprechend den infiltrierten Gefäßen, keine Mastzellentumoren.

Kerl: **Mongolenfleck.** 8 Monate altes Kind mit kindhandtellergroßem Fleck der linken Gesäßbacke, kleinere in der Kreuzbeingegend. Oberhalb derselben an zirkumskripter, etwa kronenstückgroßer Stelle eine auffallend starke Lanugobehaarung. Beide Eltern stammen aus der Slowakei.

Volk: **Lupus angiomatosus.** Eine 51jähr. Pat. mit seit 2 Jahren bestehender Affektion der Oberlippe, ähnlich einem Hämangiom. Bei Anämisierung schwindet der lividrote Farbenton und linsengroße, braune Fleckchen werden sichtbar. Bei Probeexzision fiel die starke profuse Blutung auf. Die histologische Untersuchung ergab im Retikulum der Cutis propria, bis ins subkutane Fettgewebe reichend, typische Lupusknötchen und rings um dieselben dilatierte und neugebildete Blutgefäße.

E. Spitzer: **1. Lichen planus.**

2. Gewerbedermatitis. Das Krankheitsbild ähnelt Erythema papulatum und ist bei einer Jutespinnerin an den oberen Extremitäten und am Stamm durch Eindringen von Jutefasern in die Haut entstanden. Heftiger Juckreiz.

Fried (Lupusheilstätte): **Lupus erythematodes mit Krysolgan behandelt.** Demonstration zweier Fälle, anschließend Bericht über bei 15 Fällen gewonnene Erfahrungen über Krysolgantherapie. Geheilt 3, wesentlich gebessert 8, kaum gebessert 2 und nicht beeinflußt 2 Fälle. Am günstigsten reagierten die weniger erythematösen, mehr hyperkeratotischen Formen, bei denen bereits anfänglich Atrophie erkennbar war. Die Infiltration der chronischen, lang dauernden Fälle zeigte wesentliche Rückbildung, geringer Erfolg wurde bei den jüngeren hyperämischen Krankheitsformen erzielt. Die Erythematosusplaques reagierten mit Hyperämie (12—24 Stunden nach der Injektion). In dem einen der demonstrierten Fälle kam es sogar zum Auftreten neuer Plaques. In einem Fall trat eine schwere universelle Dermatitis, ähnlich der Salvarsandermatitis, auf (nach 1,2 g Krysolgan). Die Methode ist demnach wohl brauchbar, jedoch nicht absolut verläßlich und nicht immer ungefährlich. Es können Schädigungen vorkommen, und es ist in vielen Fällen notwendig, andere bewährte Verfahren nebenher oder nachher anzuwenden.

Volk betont die außerordentliche Schwere des von ihm beobachteten Falles von Krysolgandermatitis (wochenlange Dauer, hohes intermittierendes Fieber) und mahnt zur Vorsicht. Über Dauerwirkung läßt sich bisher nichts sagen. Da aus der Jadassohnschen Klinik in allerletzter Zeit über Todesfälle berichtet wurde, die Methode keineswegs absolut verläßlich ist, wir mit anderen gefahrlosen, therapeutischen Maßnahmen schließlich auch oft reüssieren, wäre ein Versuch mit Krysolgan, das übrigens sehr teuer geworden ist, vielleicht nur in ganz renitenten Fällen zu machen.

Digitized by Google

Tréb (Brünn): Wir haben an meiner Klinik die intravenösen Injektionen von Krysolgan eingestellt, nachdem es bei einem Erythematosusfalle zu schweren Disseminationserscheinungen gekommen ist. Der Kranke bekam zwei Tage nach der 3. Injektion (Dosis 0,3) hohes Fieber (38,8—40°), und einige Tage später kam es zu einer typischen Aussaat von papulösen Erythematosuseffloreszenzen, besonders am Rücken, im Gesicht, an den Ohren und Fingern. Erst nach fünf Wochen sind die schweren Symptome zurückgegangen und auch die disseminierte Affektion heilte langsam ab mit Hinterlassung von deutlichen Närbchen.

Ullmann: Auch mir stehen bisher drei Beobachtungen über Krysolganbehandlung zur Verfügung, und zwar bei zwei Fällen von Lupus erythematodes und bei einem von ausgebreitetem Tuberkulid bei tuberkulöser Karies. Der therapeutische Effekt war bei allen drei Fällen nach den ersten 3—4 Injektionen durch Rückgang der Erscheinungen schon ein deutlich sichtbarer, was bisher von einem inneren Mittel, speziell bei Lupus erythematodes, wohl überhaupt nicht beobachtet wurde. Die spezifische Wirkung ist nach Feldt keine parasitotrope wie beim Salvarsan, sondern vielmehr eine indirekt katalytische, wodurch die Autolyse und der Abbau der Tuberkelbazillen beschleunigt, die Erreger also indirekt geschädigt werden.

Planner (Klinik Finger): 1. **Acne varioliformis.** Krankheitsdauer 2 Jahre. Außer der Stirnhaargrenze auch die Interskapulargrenze befallen, woselbst Effloreszenzen und Narben von Hellergröße.

2. **Lupus erythematodes.** Beginn vor 2 Monaten. Jetzt akute Ausbreitung des Prozesses über die linke Gesichtshälfte, nachdem auswärts die Diagnose Trichophytie gestellt und mit Chrysarobin behandelt worden war.

Strassberg (Klinik Finger): **Karzinom auf Lupus erythematodes.** Der 41jähr. Pat. leidet seit 8 Jahren an Lupus erythematodes der Nase und der linken Infraorbitalgegend. Er wurde vor 5 Jahren mit Radium bestrahlt. Seit einem halben Jahr im Bereiche der Lupusatrophie ein wucherndes Karzinom mit teilweiser Zerstörung des rechten Nasenbeins. Es läßt sich nicht entscheiden, ob das Karzinom als Folge des Lupus oder der Radiumbestrahlung aufgetreten ist.

2. **Bromoderma tuberosum.** Bei einem 25jähr. Manne, der wegen Neurasthenie seit 2 Monaten mit Bromnatrium behandelt wurde, sind 3 Wochen nach Beginn der Behandlung an den Streckseiten der Extremitäten bis kronenstückgroße, prall gefüllte Eiterpusteln auf entzündlich geröteter Basis aufgetreten, deren Grund nach ihrer Eröffnung zu wuchern begann und tuberöse Effloreszenzen gebildet hat, die bei ihrem Eintrocknen sich mit verrukösen Schuppenmassen bedeckten. Im Harn Spuren von Brom.

Kumer (Klinik Riehl): 1. **Xeroderma pigmentosum.** 3jähr. Mädchen aus Steiermark, seit $^3/_4$ Jahren erkrankt. Ausgesprochene Veränderungen im Gesicht, Depigmentation, Pigmentation und Telangiektasien. Handrücken und Unterarme in geringem Maße am Prozeß beteiligt. Im Gesicht 40 kleine Epitheliome, von denen eines, in die Tiefe greifend, ein kirschengroßes, kraterförmiges Geschwür erzeugt. Keine Blutverwandtschaft der Eltern.

2. **Erythema multiforme.** 31jähr. Pat. mit polymorphen Effloreszenzen an den Händen und Füßen. Die Affektion war in den ersten Tagen auf die Schleimhaut in der Mundhöhle beschränkt.

3. **Lichen planus atrophicus.** Eine 71jähr. Pat., über der linken Tibia eine kinderhandgroße, narbig veränderte Plaque mit typischen Primäreffloreszenzen im Bereiche des polyzyklischen Randsaumes.

Fuhs (Klinik Riehl): **Lepra tuberosa.** 29jähr. Grieche, bei dem das Leiden vor 5 Jahren begann. Neben einer diffus dunkelbraungelben Verfärbung der Haut an mehreren Stellen des Stammes mächtige Infiltrate in Form bronzefarbener, derber Knoten und Wülste in den mittleren Anteilen des Gesichts und an den Ohren. An den Extremitäten kleinere, in Involution begriffene Knoten. Hände und Füße, sowie Vorderarme und Oberschenkel akroasphyktisch, ödematös, und zeigen teils diffuse, teils knotige Infiltration. Am weichen und harten Gaumen ein bandförmiger Streifen flacher, papillärer, oberflächlich erodierter Infiltrate. WR +, Pirquet und Ponndorf ergaben intensive Rötung, Schwellung und Blasenbildung an der Impfstelle.

Arzt (Klinik Riehl): 1. **Carcinoma metastaticum am rechten Oberschenkel.** 71jähr. Frau, welche im September an die Klinik kam, zeigte unter der Haut des rechten Oberschenkels einen pflaumengroßen Tumor. Drüsen in inguine bohnengroß. Im Bizeps rechts ein apfelgroßer Tumor. Der Tumor am Oberschenkel ergab bei histologischer Untersuchung ein Karzinom von retikulärem Bau, von der normalen Epidermis durch

Digitized by Google

eine eingelagerte Schicht Bindegewebe getrennt. Primäre Geschwulst vermutungsweise in der Schilddrüse.

2. **Paget's Disease.** 69jähr. Frau, die vor 20 Jahren das Auftreten von ekzematösen Veränderungen im Bereiche der linken Mamilla bemerkte, welche allmählich auf fast Zweihandtellergröße heranwuchsen. Mit diesen Erscheinungen entzündlicher Natur, die an zahlreichen Stellen erodiert waren, kam die Pat. bei fehlenden Drüsenveränderungen in der Axilla Ende August zur Aufnahme. Nach vorhergehender, indifferenter Behandlung zweistellige, exzentrische Totalbestrahlung (10 H, gefiltert durch 4 mm Aluminium), und im Anschluß daran vollständige Epithelisierung. Histologisch ausgesprochene Atypie in der Epidermis, Polychromasie der Kerne und Polymorphie derselben, Vakuolenbildungen ähnlich den Corps ronds. Vielleicht an der einen oder anderen Stelle ein Durchbruch in die Tiefe.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

1922, Bd. 9, H. 4/5.

Beitrag zur Technik und klinischen Bedeutung der Nephrektomie für die Nierentuberkulose, von Theodor Cohn-Königsberg. S. 129. Die Gefahr der Nephrektomie bei der tuberkulösen Erkrankung ist, daß sie eine große Höhle schafft, in deren zahlreiche frisch eröffnete Lymphräume noch während der Operation Tuberkelbazillen aus der nächsten Umgebung verimpft werden können, andererseits aber können diese auch aus entfernteren Gegenden durch den Saftstrom oder aus dem zurückgelassenen Harnleiterstumpf infiziert werden. Schmerzhaftes und häufiges Urinlassenmüssen sind charakteristische Symptome einer meist tuberkulösen Erkrankung der Nieren. Die Untersuchung des Harnes auf Tuberkelbazillen bietet uns wertvollen Aufschluß, wenn auch der positive Befund mitunter nur durch zufällig ausgeschiedene Bazillen bei bestehender Lungentuberkulose zu erklären ist.

Zur Diagnose und Operation der akzessorischen Niere, von Achilles Müller-Basel. S. 141. Daß doppelt angelegte Organe mehr zur Erkrankung neigen als normale, darf nicht wundernehmen, da sie primär schon minderwertig sind, während andererseits auch der kompliziertere Verlauf der Ureteren und speziell ihre Überkreuzung leicht zur Harnstauung und damit auch zu rascher aufsteigenden Infektion führen. Bei tuberkulöser Erkrankung eines Nierenanteiles eines Doppelorganes ist es, wenn keine ausgesprochene Trennung beider Anteile besteht, besser, das ganze Doppelorgan zu opfern, als zu resezieren. Verf. konnte in einem solchen Falle auch in dem makroskopisch gesunden Nierenteil Tuberkel mikroskopisch nachweisen.

Unilateral Fused Kidneys (Einseitig verschmolzene Nieren), von A. Hyman-New York. S. 157. Verf. berichtet über 2 Fälle von einseitig gelegener verschmolzener Nieren. In beiden Fällen brachte erst die gleichzeitig in beiden Nierenbecken ausgeführte Pyelographie die Klärung.

Zur Entstehung des hydronephrotischen Nierenschwundes. (Vorläufige Mitteilung), von Ernst Kornitzer-Wien. S. 165. Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Erweiterung des Nierenbeckens nicht durch direkten Druck zustande kommt, sondern daß der Druck im Nierenbecken die Zirkulation in den Hauptästen der Art. renalis behindert, weil die dem Nierenbecken außen angelagerten Gefäße über dem vergrößerten Hohlorgan überdehnt werden.

Täuschungen bei der zystoskopischen Diagnose von Blasentumoren; zugleich ein neuer Beitrag zu den Kapiteln der Blasendivertikel und der tertiären Lues, von L. Kieleuthner-München. S. 171. Tumoren des Harnleiterostiums lassen sich gut unterscheiden, da der in die Blase ragende Teil während des Ausstoßens des Urins stärker hervortritt. Vorwölbungen der Blasenwand, die durch extravesikuläre

Digitized by Google

Tumoren bedingt werden, zeigen intakte Blasenschleimhaut, schwieriger ist die Unterscheidung von Gewebsfetzen eingeschlossener Konkremente. Hier bedingt das Abtasten mit der Zystoskopspitze eine Sicherung der Diagnose. Bläschenförmige Gebilde an den Ureterostien oder vor Divertikel, die sie völlig verdecken können, können Tumoren vortäuschen. In einem Falle wurde Verf. durch einen Fall von tertiärer Lues, der einen ganz weißen Tumor mit roter Randzone darstellte, getäuscht.

Katheterdroßler, von Emil Heinburg-Brünn. S. 183. Zur Vermeidung der raschen Entleerung der distendierten Blase gibt Verf. ein Glasröhrchen, ähnlich dem Augentropfer an, das die tropfenförmige Entleerung gestattet.

Zur Klinik und Therapie des Kryptorchismus, von Robert Lichtenstern-Wien. S. 185. Während es feststeht, daß im kryptorchischen Hoden keine Spermatogenese stattfindet, stellt Verf. die Frage auf, ob nie kryptorchischer Hoden in normale Lage, in den Hodensack verlagert, sich bis zur vollen Spermatogenese erholen kann. Verf. fixiert den Samenstrang in seiner ganzen Länge an seiner Unterlage, der oberflächlichen Faszie, wobei nur die bindegewebige Hüllen gefaßt werden. Verf. vermeidet so jeden Zug und Druck am Hoden selbst. Verf. hat mit Erfolg 8 Kinder mit doppelseitigem Kryptorchismus operiert. Er konnte in allen Fällen die Anzeichen eines mehr oder minder ausgeprägten Eunuchoismus beobachten, der schon einige Monate nach der Funikulopexie deutlich immer mehr abnahm. Wie Verf. weiterhin beobachtete, kam bei doppelseitigem Kryptorchismus immer nur ein Hoden zur normalen Entwicklung, während in vielen Fällen der eine so minderwertig veranlagt ist, daß er auch nach der Verlagerung atrophisch bleibt. Verf. hält also die Operation bei doppelseitigem Kryptorchismus für unbedingt notwendig. Für die günstigste Zeit hält er das Alter zwischen dem 8. und 10. Lebensjahre.

Anurie bei angeborener Einzelniere, von Arnold Heymann-Düsseldorf. S. 193. Verf. konnte erstmalig eine Einzelniere am Lebenden diagnostizieren. Die Anurie, für die Verf. keine andere Ursache fand, glaubt er auf angiospastische Veränderungen zurückführen zu müssen, wodurch sich ihr Verschwinden nach Einführen eines Katheters erklärt.

Blasendivertikel, von Hans Gallus Pleschner-Wien. S. 197. Die Zystoskopie klärt über Zahl, Sitz und Form des Divertikels auf, über die Größe läßt sie uns im Dunkeln. Hier hilft die Zystoradioskopie, wobei man beim Drehen des Pat. vor dem Röntgenschirm das Divertikel deutlich darstellen kann. Die Zystoskopie erfordert mitunter große Geduld, da der eitrige Inhalt des Divertikels die Blase meist immer wieder trübt, so daß nur mittels des Spülzystoskops ein klares Bild zu erreichen ist. Häufig besteht neben dem Divertikel noch eine Erkrankung der Nieren, weshalb man auch die Pyelographie ausführen sollte, wenn aus dem eingeführten Ureterenkatheter Eiterzellen entleert werden. Besondere Bedeutung legt Verf. auf das häufige gleichzeitige Vorkommen von Divertikel und Prostatitis, das, da beide dieselben Erscheinungen machen, oft übersehen wird. In vielen, aber nicht in allen Fällen genügt die Exstirpation des Divertikels.

Über einen Fall von zystischer Erweiterung des rechten vesikalen Harnleiterendes und über ihre Behandlung, von I. Richter. S. 219. Verf. beobachtete einen Fall bei einer 29jähr. Frau, die nach einer in ihrer Jugend überstandenen Zystitis erneut wieder Beschwerden beim Urinieren hatte. Es fand sich eine Erweiterung des Ureterenendes. Dieses war wahrscheinlich im Anschluß an eine Stenose, die infolge der Zystitis auftrat, entstanden. Die Geschwulst hatte sich in das Orificium urethrae internum hineingepreßt und dadurch die Beschwerden verursacht.

Über das inkrustierte Geschwür der Blase und über die Schrumpfblase, von Rudolf Paschkis-Wien. S. 230. Verf. berichtet über 12 Fälle von inkrustiertem Geschwür der Blase. Eine gemeinsame Entstehungsursache konnte nicht festgestellt werden. Wie einst schon Zuckerkandl und Latzko, so sah auch Verf. diese Erkrankung meist während der Schwangerschaft, kam aber auch zu keiner Klärung der Ätiologie. Ebenso unklar ist die Entstehungsursache bei Schrumpfblasen, die der Verf. in 18 Fällen beobachten konnte. Es fand sich stets eine chronische Entzündung der Blase, deren Ätiologie aber teils blennorrhoisch, teils tuberkulös, teils aber auch chronisch interstitiell von unbekannter Ätiologie war. Leukoplakie wurde ebenfalls häufig damit vergesellschaftet gefunden, eine Krankheit, die ja auch auf einer rezidivierenden chronischen Zystitis beruht. Einige genaue Beschreibungen des histologischen Befundes der entzündeten Blase folgen.

„Elusive ulcer" der Harnblase. Ein weiterer Bericht, von Herman L. Kretschmer-Chicago. S. 257. Es handelt sich um eine Entzündung der Blasenschleimhaut, die

Digitized by Google

Nitze früher als Metastase einer Cystitis parenchymatosa bezeichnete. Ätiologisch scheint es sich um eine Streptokokkenerkrankung im Körper, vielleicht in den Tonsillen usw. zu handeln. Sie scheint hauptsächlich bei Frauen aufzutreten, wobei infolge der unbestimmten Beschwerden meist erst auf Erkrankungen der Genitalorgane geschlossen wird. Histologisch finden sich die hauptsächlichsten Veränderungen in der Submukosa. Bakteriologisch finden sich Bac. coli, Streptokokken und Staphylokokken. Die Symptome bestehen meist ungebessert seit Jahren. Besonders charakteristisch ist die Schmerzhaftigkeit der Zystoskopie. Das Geschwür ist von einem scharf umschriebenen hyperämischen Ring umgeben, seine Höhe ist mit eitrigem Schleim bedeckt. Bei hochgradiger Ausdehnung kommt es zu Blutungen und heftigsten Schmerzen, daher auch die in 6 Fällen beobachtete Hämaturie. Nach Abheilung sieht man eine stärkere Vaskularisation an der Stelle. In 9 Fällen saß das Geschwür am Blasenscheitel, in 3 Fällen an der hinteren Wand und 2mal an einer Seitenwand.

Über Hydronephrose, von Kurt Frank und Richard Glas-Wien. S. 274. Verf. berichtet über 62 Fälle. Die Nephrektomie besteht voll zu Recht, aber bei fehlender oder erkrankter zweiten Niere bietet die plastische Operation die einzige Möglichkeit, das Leben zu erhalten.

Erfahrungen mit der perinealen Operation der Prostataabszesse und Prostatasteine, von Ernst Felber-Wien. S. 390. Verf. empfiehlt für die Eröffnung der Prostataabszesse die perineale, auch von Zuckerkandl besonders geschätzte Methode. Auch für die Prostatasteine ging Verf. nach Angabe seines Lehrers Zuckerkandl auf dem perinealem Wege vor, und hatte gute Erfolge.

Zur einseitigen hämatogenen Niereninfektion, von Anton Lieben-Wien. S. 399. Beweisend, daß es sich um eine hämatogene Erkrankung der Niere handelt, ist das intakte Nierenbecken und die gesunde, oder nur wenig, da sekundär entzündete Blase. Die primäre Eiterung der Haut war in 4 von 5 Fällen so minimal, daß sie vom Pat. nicht beachtet wurde. Die Diagnose Nephritis suppurativa ist aber schwer mit Sicherheit zu stellen, da auch eine infizierte Hydronephrose oder Steinniere oder eine Nierentuberkulose mit Mischinfektion dieselben Erscheinungen machen kann.

Beiträge zur Klinik chronisch entzündlicher Erkrankungen der Nierenhüllen, von Friedrich Necker-Wien. S. 409. Verf. beobachtete 2 Fälle von selbständiger fibrös-sklerotischer Perinephritis bei mobiler Niere und zeigte auch in dem 3. Falle, daß schwartige Entartungen der Nierenhüllen, ohne Mitbeteiligung der Nieren, vorkommen.

Traumatische Striktur der weiblichen Urethra, von Dora Teleky-Wien. S. 424. Verletzung der Harnröhre beim Versuch, mit dem Glaskatheter zu katheterisieren. 3 Wochen später stellte Verf. die Striktur fest. Durch Dilatation mit Hegarstiften wurde die Striktur wieder ausgeglichen.

Zur Chirurgie der Hufeisenniere, von H. Eggers-Rostock. S. 427. Nach der Trennung beider Teile der Hufeisenniere müssen beide Teile in günstiger Lage fixiert werden.

Freie Muskeltransplantation in die Nephrotomiewunde, von Anton Ciminata-Rom. S. 432. Versuche an 14 Hunden zeigten, daß es möglich ist, Muskelstücke in dem Sektionsschnitt der Niere zur Anheilung bringen, und zwar erfolgt die Einheilung durch Organisation des nekrotisch werdenden Muskelstückes.

Zysten, Polypen und Papillome der Urethra, von S. Gottfried-Wien. S. 451. Verf. beschreibt postblennorrhoische eitrige Zysten, Papillome, langgestielte und kurzgestielte, blumenkohlartige Polypen. 10 farbige Abbildungen geben ein gutes Bild der Gebilde.

Die nichtoperative Behandlung von Uretersteinen (mit besonderer Berücksichtigung der Vermeidung von Komplikationen), von Leo Buerger-New York. S. 456. Sind Steine im Ureter festgestellt, so soll man dieselben so bald wie möglich zu entfernen suchen, da stets die Gefahr einer Niereninfektion vorhanden ist. Dilatieren und Bougieren des Ureters, eventuell, wenn der Stein im intramuralen Teil des Ureters sitzt, Spalten mittels Kauterisation usw., wird stets zum Ziele führen.

Zwei außergewöhnliche Tumorbefunde an den oberen ableitenden Harnwegen, von P. Janssen-Düsseldorf. S. 474. Ein Papillom des Nierenbeckens, das zu einem Blasenpapillom führte. Nach der Operation traten Metastasen in der Blasenwunde und in der Bauchdeckennarbe auf. Der zweite Fall betraf einen Tumor am linken Ureterostium und bei jedem Harnstrahl wurde der große Tumor herausgeschwemmt.

A. Rosenburg-Berlin.

Digitized by Google

Zeitschrift für Urologie.

1922, Bd. 16, H. 7.

Fortschritte und Ausblicke der Nierenchirurgie in den letzten zehn Jahren, von A. v. LICHTENBERG-Berlin. Übersichtsreferat.

Die Fortschritte in der Erkennung und Behandlung der Blasenkrankheiten in den letzten zehn Jahren, von RINGLEB-Berlin. Übersichtsreferat.

Der diagnostische Wert des Tuberkulins bei den Erkrankungen der Harnwege, von WILHELM KARO-Berlin. Die Tuberkulinprobe ist ein zuverlässiges, diagnostisches Hilfsmittel sowohl für die Spezifität als auch für die Lokalisation des Krankheitsherdes. Mehrere Beispiele.

Beiderseitige Steinniere und Spondylarthritis ankylopoetica, von WILHELM ISRAEL-Berlin. Röntgenbild einer chronischen Wirbelsäulenversteifung und einer Spondylarthritis ankylopoetica. Unerwarteter Nebenbefund: In beiden Nieren Steinentwicklung.

1922, Bd. 16, H. 8.

Die Durchleuchtung der Harnröhre als diagnostisches Hilfsmittel, von N. E. ARONSTAM. Bei Strikturen, zirkulärer, halbzirkulärer und linearer Art, bei Erkrankungen der Harnröhrendrüsen und Krypten und bei Erkrankungen der Fossa navicularis kann die Durchleuchtung von beträchtlichem Werte sein.

Zur Diagnostik der malignen Nierentumoren, von MAX LIEBMANN-Frankfurt a. M. Die malignen Tumoren sind meist einseitig. Für klinische Zwecke unterscheidet man vier Arten: Hypernephrom, Karzinom, Sarkom und Nephroma embryonale malignum. Die Symptome sind Schmerzen, Veränderungen des Harns, Hämaturie, Geschwulstbildung, Druck und Stauungssymptome, Kachexie und Metastasen. Heftige Neuralgien sprechen für einen Kapseldurchbruch. Die Blutung ist abhängig von der Art des Tumors, von seinem Alter und dem Sitz in der Niere. Das sicherste diagnostische Hilfsmittel ist die bimanuelle Palpation. Um einen malignen Tumor sicher diagnostizieren zu können, Probeinzision und Exzision. Ferner genaue Untersuchung des Urins, die Zystoskopie, Ureterenkatheterismus, funktionelle Diagnostik und das Röntgenbild. Schließlich ist die Pyelographie, Pneumoradiographie des Nierenlagers zu berücksichtigen.

Zur Frage der Pyelonschädlichkeit, von ALFRED NARATH-Mannheim. Verf. hat bei zwei Fällen Schädigungen gesehen. Heftige Schmerzen, schwere Blutung, Schüttelfrost, Temperaturerhöhung bis 40°.

1922, Bd. 16, H. 9.

Über die nervöse Versorgung der Nierenkelche, von H. HAEBLER-Berlin. Die Untersuchungen erstreckten sich vorwiegend auf Menschennierenkelche von frisch herausgenommenen Nieren. Ganglienzellen hat Verf. bisher nicht gefunden, dagegen einen außerordentlichen Reichtum an marklosen vegetativen Nervenfasern. Es wurden kräftige Nervenstämme mit Fibrillenbündelteilung und feine Verzweigungen und Auffaserungen festgestellt, und an einigen Stellen konnte unmittelbares Herangehen der zierlich parallel geschlängelten Nervenfibrillen an die Muskelfasern beobachtet werden. Es konnte ferner festgestellt werden, daß ein dichter Zug glatter Muskelfasern, der noch oberhalb des Austreibemuskels oder des Sphincter papillae superior gelegen ist, reichlich mit Nervenfasern versehen ist, und dementsprechend wahrscheinlich der nervöse Impuls für die Nierenkelche sehr hoch oben einsetzt.

Fälle von primärem und sekundärem Ureterpapillom, von SIEGFRID KRAFT-Wien. Erster Fall ein primäres Ureterpapillom, der andere ein Nierenbeckenpapillom mit sekundärem Ureterpapillom.

Über feste Nierentumoren und ihre chirurgische Behandlung, von S. P. FEDOROFF-Petersburg.

Ein Fall durch Paraffin verursachter Zystitis und Heilung derselben, von MONIS-Lemberg. Pat. führte Paraffinstäbchen in die Harnröhre, der Urin wird trübe und enthält Blutgerinnsel. Die zystoskopische Untersuchung ergab einen taubeneigroßen Fremdkörper und zystitische Schleimhaut. Therapie: 30 ccm reiner Benzin in die leere Blase. Der Pat. wird geheilt entlassen.

Digitized by Google

Beitrag zur Hämaturie nach Appendizitis, von Chrzelitzer-Waldenburg. Die Zystoskopie ergibt zerstreut über die ganze Blase rote Flecken verschiedenster Größe, keine Entzündung, normale Schleimhaut. Die Operation ergibt einen stark verdickten und überaus langen Appendix, der mit dem rechten Ureter verklebt war und eine kleine Verbindung zeigte. Die Blasenflecke verschwinden nach der Operation. Pat. wird geheilt entlassen. W. Chrzelitzer-Waldenburg i. Schles.

Mitteilungen aus der Literatur.

Ekzem, Rosacea.

Die Behandlung des Ekzems mit Vakzine unter besonderer Berücksichtigung der Maststaphylokokkenvakzine Staphar, von Karl Stern-Fürth i. B. (M. m. W., 1922, Nr. 7, S. 233.) Verwendung der Maststaphylokokkenvakzine Staphar statt der von Hilgermann empfohlenen Autovakzine, die durch Abimpfung aus den Ekzemherden hergestellt wird. Erfolge gut. A. v. Notthafft-München.

Die Ätiologie und Behandlung der Ammoniakdermatitis des Gesäßes beim Säugling, von T. V. Cooke-St. Louis. (Am. J. Diseases of Children, 1922, Nr. 5, S. 481.) Der Autor ist der Ansicht, daß die Dermatitis des Gesäßes beim Säugling eine Folge von Reizung durch die ammoniakalische Gärung des Harns ist. Die Hauterscheinungen, die er beschreibt, sind die, die in Deutschland von Finkelstein und anderen als Erythema gluteale beschrieben und von luetischen Ausschlägen differenziert worden sind. Bei allen Säuglingen und älteren Kindern, die diese Erscheinungen zeigten, ist es dem Autor gelungen, einen aeroben, nicht beweglichen, grampositiven Bazillus aus dem Stuhl oder Harn zu isolieren, den er Bac. ammoniagenes nennen möchte. Dieser Bazillus ist außerordentlich säureempfindlich und spaltet regelmäßig Harnstoff zu Ammoniak. Bei Kontrollen konnte C. ihn sehr selten bei Brustkindern isolieren, dagegen häufiger bei Flaschenkindern. Wahrscheinlich muß deshalb auch die Nahrung eine Rolle spielen in der Entstehung des Erythems, indem eine fettreiche Nahrung alkalische Stühle verursacht. Therapeutisch hat C. glänzende Erfolge erzielt, indem er die Windeln mit Sublimat vorbehandeln ließ (1 : 5000). Die Windeln wurden, nachdem sie gewaschen waren, in die Sublimatlösung eingetaucht, ausgerungen und getrocknet. C. erwähnt leider nicht die Rolle, die saure Dyspepsie in der Entstehung von Gesäßdermatitis spielt. H. S. Zieher-Freiburg i. B.

Psoriasis.

Zur Thymusröntgenbestrahlung bei Psoriasis, von P. Schneider-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 25, S. 565.) Ein inniger Zusammenhang zwischen Thymusfunktion und Psoriasis kann vorläufig noch nicht angenommen werden. Von einer größeren Anzahl nach Brock bestrahlter Psoriasisfälle blieben die schwersten ungeheilt, einige zeigten Besserung, und nur in zwei Fällen fand sich Abheilung. Letzteres ist noch kein Beweis für die Wirksamkeit der Therapie und die Beeinflussung der Psoriasis durch die Thymusbestrahlung. E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Der Dr. Sofie A. Nordhoff-Jung Cancer-Research-Prize im Betrag von 500 Dollar wird durch eine Kommission der Münchener Medizinischen Fakultät (Vorsitzender: Prof. v. Romberg) verteilt und soll Ende 1923 verliehen werden. Die Kommission bittet einschlägige Arbeiten ihr zuzusenden. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. Februar 1923 | Nr. 6 | Band 76

Aus der Abteilung für Geschlechtskrankheiten des hauptstädtischen St. Johannes-Spitals in Budapest (Chefarzt: Universitätsdozent Dr. Josef Guszman).

Die Behandlung der Syphilis mit Bismut.

Von

Dr. J. Guszman und Dr. M. Pogány.

In den jüngst verflossenen anderthalb Jahren haben französische Autoren auf dem Gebiete der Behandlung der Syphilis durch Bismutpräparate solch hervorragende Erfolge erreicht, daß es auch uns anregte, in dieser Richtung Heilversuche zu unternehmen, um auf Grund dieser einen Beitrag zur Klärung der Frage zu liefern. In diesem Bestreben hält uns noch der Umstand, daß die hervorragenden Ergebnisse der französischen Ärzte nun auch schon im übrigen Auslande bestätigt werden, wo man in der Bismuttherapie einen sehr namhaften Fortschritt festzustellen meint. Unseres Erachtens erscheint die Untersuchung der auf dem Gebiete der Syphilistherapie auftauchenden neuen Heilverfahren oder Heilmittel in vollem Maße begründet, da das Problem der Luesheilung — trotz des unzweifelhaften Fortschrittes — noch viele höchst schwierig zu lösende Aufgaben enthält.

Bevor wir über unsere Heilversuche betreffs der Behandlung der Syphilis mit Bismut berichten, wollen wir noch kurz auf die diesbezüglichen deutschen Literaturangaben, vor allem auf die von Müller, Naegeli, Bloch und Felke hinweisen.

Den Hinweis auf die französischen Ergebnisse halten wir diesmal für überflüssig, da diese von den oben erwähnten deutschen Autoren bereits besprochen wurden.

H. Müller (1) behandelte 25 Fälle mittels „Trépol". Er hebt dabei besonders den raschen Rückgang der Symptome hervor und stellt die energische Wirkung des Bismuts auf die breiten Kondylomen dem Salvarsan an die Seite. Allerdings erfolgt das Verschwinden der Spirochäten aus den luetischen Erscheinungen etwas langsamer als bei Anwendung des Salvarsans. Er wendete bei jeder einzelnen Kur 10 intramuskuläre Trépolinjektionen an (viertäglich 2—3 ccm).

Naegeli aus der Dermatologischen Klinik in Bern spricht sich über die antisyphilitische Wirkung des Bismuts äußerst günstig aus und hält es für ein Spezifikum. Seine Versuche beziehen sich auf zwei Präparate: auf ein Trépol- und ein Chinin-Jodo-Bismutat („Quinby"), welch letzteres 30 % metallisches Bismut enthält.

Laut Naegelis (2) Erfahrung sollen die Spirochäten bereits nach der 2. Injektion aus dem Primäraffekt dauernd schwinden. Auch er hebt

Digitized by Google

den staunend raschen Rückgang der breiten Kondylome hervor und bezeichnet diese Wirkung des Bismuts für stärker als die des Salvarsans. Seiner Ansicht nach kann das Bismut seinen Platz an der Seite des Salvarsans einnehmen, obwohl das Bismut im allgemeinen etwas schwächer wirkt. Es gibt jedoch Fälle, wo Bismut wirksamer ist als Salvarsan. Auch Bloch (3) ist hierüber fast derselben Ansicht. Seiner Meinung nach steht das Bismut in klinischer und bakterizider Hinsicht dem Salvarsan nahe, ohne jedoch dessen Wirkung zu erreichen. Er hält es jedoch für ein stärkeres Mittel als Quecksilber. Auch hebt er hervor, daß die Behandlung nie unterbrochen werden mußte, obwohl er in einigen Fällen eine leichtere Stomatitis und vorübergehend Albuminurie beobachtete.

Über günstige Erfolge mit Trépol berichtet auch Felke (4) aus der Rostocker Klinik, doch benutzte er statt des Trépols wegen des hohen Preises das deutsche „Milanol" (trichlorbutylmalonsaures Wismut), von welchem er denselben günstigen Erfolg sah wie vom Trépol. Seine Versuche beziehen sich auf 14 Lueskranke, und es fällt dabei auf, daß die positive WR ziemlich oft bereits am Ende der Kur (10—14 Injektionen) negativ wurde.

Wir hatten die Ergebnisse unserer Versuche bereits zusammengestellt, als J. Lehner und E. Radnai (5) über ihre an 13 Syphilitikern angestellten Heilversuche mit „Trépol" berichteten. Auch sie halten es für ein gutes Antisyphilitikum, welches die luetischen Symptome auffallend rasch zu heilen vermag. Das Umschlagen der WR ins Negative beobachteten sie nur 4—6 Wochen nach Beenden der Kur.

Unsere diesbezüglichen Untersuchungen beziehen sich bis jetzt auf 21 Syphilisfälle. Wir wählten möglichst lehrreiche, ausgeprägte und schwere klinische Symptome aufweisende Fälle von Syphilis. Das Gros davon ging aus der Reihe von frische sekundäre Erscheinungen aufweisenden syphilitischen Kranken hervor, doch haben wir natürlicherweise auch Fälle von anderen Stadien in den Kreis unserer Untersuchungen einbezogen. Bei unseren Heilversuchen ließen wir uns durch mehrere Gesichtspunkte leiten. Der erste und wichtigste bezog sich darauf, daß wir festzustellen trachteten, in welchem Maße die Bismuttherapie an sich die klinischen Symptome zu beeinflussen vermag. Aus diesem Grunde vermieden wir prinzipiell selbst eine örtliche Behandlung der syphilitischen Erscheinungen, wodurch sich die Möglichkeit ergab, die Wirkung der Bismutinjektionen ungestört beobachten zu können. Nach Beendigung der ersten Heilversuche, woraus sich die Stärke der reinen Bismutwirkung ergab, gingen wir zur Feststellung dessen über, ob die Bismuttherapie mit anderen bereits bewährten Antisyphilitizis zu kombinieren wäre. Wir vereinten die Bismuttherapie vor allem mit Salvarsan, wie dies auch schon durch H. Müller geschehen ist. Eine weitere Frage bezog sich darauf, ob die Bismuttherapie mit einer Quecksilberkur vereinigt werden könnte, da es betreffs dieses Verfahrens noch an literarischen Belegen fehlt. Mit Rücksicht darauf, daß das Bismut mittels intragluteären Injektionen in den Organismus gerät, wendeten wir das kombinierte Quecksilberverfahren in der Form einer Schmierkur an.

Digitized by Google

Bei der Bismuttherapie der Syphilis benutzten wir das Bismuttartarat, da dies nach den literarischen Angaben am geeignetsten erschien. Zu diesem Zwecke bedienten wir uns des Richterschen „Bismoluols", das eine 10%ige sterile Suspension des Dikaliumbismutotartarikums in Olivenöl darstellt. Dieses Bismoluol, das in Ampullen zu 2 ccm in Verkehr kommt, scheint nach unserer Erfahrung in vollem Maße jenen Forderungen zu entsprechen, die wir an die in der Syphilistherapie verwendbaren Bismutpräparate stellen. Wir können bereits hier hervorheben, daß unsere Heilversuche mit diesem Präparat zu denselben befriedigenden Ergebnissen führten, wie wir solche den bisherigen literarischen Beiträgen entnommen haben. Das französische Trépol wurde von uns nur bei einem Falle angewendet, doch auch da leistete es uns gute Dienste, indem wir seine Wirkung einigermaßen mit der des Bismoluols vergleichen konnten.

Wir haben die Bismuttherapie bisher bei 21 ausgeprägte, zumeist schwere syphilitische Symptome aufweisende Fälle angewendet. Bei der Mehrzahl unserer Heilversuche behandelten wir die Kranken einzig und allein mit Bismoluol und bedeckten auch die eine örtliche Behandlung erfordernden schweren Veränderungen (gummöse Ulzerationen) bloß mit mehr oder weniger indifferenten Heilmitteln (nicht Hg). In Fällen von hypertrophischen Papeln, obgleich diese von riesiger Größe waren, wendeten wir keinerlei örtliche Heilmittel an. Auf diese Weise war es uns ermöglicht, bei den entsprechenden Fällen die reine Bismutwirkung mit voller Genauigkeit Tag für Tag zu beobachten. Unsere eigenst zu diesem Zwecke auserwählten Kranken befanden sich in den verschiedenen Stadien der Syphilis und waren sämtlich vor dem Beginne ihrer Behandlung keiner anderen antiluetischen Kur teilhaftig geworden. Die Kranken verteilten sich auf folgende Weise: Lues I: 1 Fall, Lues II: 16 Fälle, Lues III: 4 Fälle. 14 Fälle haben wir rein mit Bismut behandelt, in den übrigen 7 Fällen hingegen kombinierten wir die Bismuttherapie in deren Verlaufe mit Salvarsan und Quecksilber. Die reine Bismutbehandlung erstreckte sich natürlich bloß auf die Dauer des Heilversuches (durchschnittlich 12 2 bis 3tägige Injektionen) und schloß nicht aus, daß wir bei einigen Fällen nachträglich, obgleich die klinischen Erscheinungen bereits völlig verschwunden waren, fortsetzungsweise auch eine andere Behandlung anwendeten.

Bezüglich der Bismutwirkung führt unsere allgemeine Beobachtung zu folgendem Ergebnisse: das Bismut erweist sich ohne Ausnahme als ein außerordentlich wirksames Mittel gegen jedwede äußere Erscheinung der Syphilis. Die Wirkung erfolgt zumeist auffallend rasch. Die nässenden, in größtem Maße hypertrophischen und wuchernden genitalen Papeln trocknen bereits nach 2—3 Injektionen ein und flachen in bedeutender Weise ab. Die gummösen Geschwüre werden zu derselben Zeit schmerzlos, reinigen sich und beginnen den Charakter eines Geschwürs zu verlieren. In bezug der raschen Heilung der breiten Kondylomen steht unsere Erfahrung in vollem Einklange mit den Beobachtungen von H. Müller und Naegeli.

Exantheme, insofern sie makulös sind, schwinden in der Regel nach der 2.—4. Injektion. Papulöse Ausschläge erfordern zu ihrem vollständigen Verschwinden naturgemäß mehrere, 6—8—10 Injektionen.

Digitized by Google

Wir haben jedoch auch solche Exantheme beobachtet, die sich dem Bismut gegenüber hartnäckiger erweisen. In einem unserer Fälle (Patientin B. S.) ließ sich das makulöse Syphilid auch noch zur Zeit der 10.—12. Injektion beobachten. Letzterer Fall verhielt sich aber seinem Charakter nach (kleinpapulöses Exanthem) hartnäckig, was jedoch auch bei anderer Behandlung immer wieder beobachtet wird, und daher kann das lange Fortbestehen des Exanthems nicht auf die Rechnung des Bismuts geschrieben werden.

Wir müssen noch betonen, daß bei der Bismuttherapie nach Rückgang der Papeln verhältnismäßig oft eine deutliche Pigmentation zurückblieb, die dann wochenlang weiter bestand. Besonders als Spuren von genitalen Papeln ließ sich diese Pigmentation beobachten, die dabei eine ziemliche Ähnlichkeit mit derjenigen des mittels Arsen behandelten Lichens aufweist.

Die Wirkung der Bismutinjektionen auf die Spirochäten wurde von uns in 7 Fällen systematisch untersucht, wozu uns als Untersuchungsmaterial genitale hypertrophische Papeln dienten. Hierbei fanden wir das Verschwinden der Spirochäten bei gleicher Dosierung zeitlich verschieden und bei weitem nicht so einheitlich wie nebst anderen Naegeli und Bloch, indem in einem Falle die Spirochäten erst nach der 4. Injektion von der Oberfläche schwanden. Demgegenüber hatten wir einen Fall, wo sich bereits nach der 1. Injektion keine Spirochäten nachweisen ließen. In den übrigen 5 Fällen schwanden diese nach der 2., bzw. nach der 3. Injektion. Wir konnten daher keinen so raschen Zerfall der Spirochäten an der Oberfläche der syphilitischen Erscheinungen feststellen, wie man dies bei der Salvarsantherapie in der Regel zu beobachten pflegt, übrigens ist auch Müller dieser Ansicht.

Die Jarisch-Herxheimer-Reaktion fanden wir verhältnismäßig selten und auch dann bloß in schwachem Grade ausgeprägt. Das gleiche berichten Fournier und Guénot, sowie im Gegensatz zu Bloch auch H. Müller, der das seltenere Auftreten der Reaktion durch langsameren Zerfall der Spirochäten erklärt. Augenscheinlich können wir auf Grund der letzteren Ansicht auch jene Erfahrung erklären, wonach bei Beginn der Behandlung keine wesentlicheren Temperatursteigerungen zu beobachten seien. Unsere in mehreren Fällen vorgenommenen genauen Messungen konnten bloß ganz unbedeutende Temperaturschwankungen (37,0—2—3) feststellen.

Zu bemerken wäre noch die günstige Beeinflussung der Adenitiden durch die Bismuttherapie. Nachdem wir — abgesehen von unseren 4 tertiären Fällen — durchweg unbehandelte Frühluetiker wählten, konnten wir das Verhalten der großen Polyadenitiden der Bismuttherapie gegenüber gut beobachten. Am geeignetsten erwies sich zu diesem Zwecke die inguinale Adenitis. Die erbsen-, haselnuß-, ja sogar kleinnußgroße Geschwulst dieser Drüsen verminderte sich bei unseren meisten Fällen während der Behandlung in auffallender Weise, so daß wir H. Müllers ähnliche Beobachtungen vollständig bekräftigen können.

Zum Beweise der Heilwirkung der Bismutweinsteinsäure wollen wir hierbei die kurzen Krankengeschichten einiger herausgegriffenen Fälle unseres Krankenmaterials heranziehen.

Digitized by Google

J. T., 17jähr. Magd. (Aufn.-Nr. 288.) Wurde gegen Geschlechtskrankheit noch nicht behandelt.

Status praesens: An den äußeren Genitalien diphtheroid belegte, zu großen Massen konfluierende, hypertrophische Papeln. Dichte hypertrophische Papelgruppen in den genito-kruralen Beugen, unter den Brüsten und in beiden Achselhöhlen, zerstreut auch auf dem Rumpfe. Papeln im rechten Mundwinkel und auch reichlich an der behaarten Kopfhaut. Nußgroße, knorpelharte Drüsen in den Leistenbeugen. WR: ++++.

Diagnose: Lues II.

Therapie: Zweitägig Injektionen von 2 ccm Bismoluol.

Verlauf: Nach der 2. Injektion Schwinden des diphtheroiden Belages von der Oberfläche der Papelmassen. An anderen Stellen starkes Trocknen der nässenden Papeln. Nach der 4. Injektion überaus starke Abflachung der Papeln unter der Achselhöhle und den Brüsten, sowie in den Beugen. Die Leistendrüsen bereits erbsengroß. Nach der 6. Injektion vollständiger Rückgang der Papeln, und an Stelle derselben starke braune Pigmentation. WR: ++++.

Bemerkenswert ist bei diesem Falle der rasche Rückgang der großen Papeln und Drüsen.

R. K., 22jähr. Fabrikarbeiterin. (Aufn.-Nr. 247.) Wurde bisher nicht gegen Geschlechtskrankheit behandelt.

Status praesens: Starke allgemeine Adenitis. An den äußeren Genitalien, perianal und in den genito-kruralen Beugen große hypertrophische Papelmassen. Starkes großmakulöses Exanthem. WR: ++++.

Diagnose: Lues II.

Therapie: Zweitägig Bismoluolinjektionen von 2 ccm. Nach der 2. Injektion Abflachen und starkes Trocknen der Kondylome. Nach der 5. Injektion völlige Abflachung der genitalen Kondylome, während der makulöse Ausschlag verschwand. Nach der 7. Injektion völliger Rückgang der Kondylome, starke Pigmentation der Haut zurücklassend. Nach der 12. Injektion sind die Leistendrüsen kaum fühlbar, gleichzeitig WR: ++++.

J. P., 25jähr. Frau eines Arbeiters. (Aufn.-Nr. 180.)

Anamnese: Ihr Mann machte vor 6 Jahren eine antiluetische Kur durch, sie selbst wurde bisher noch nie gegen eine Geschlechtskrankheit behandelt. Kein Aufschluß über Fehlgeburt oder Ausschläge. Seit Beginn 1922 bekam sie am rechten Beine „Knoten", die von selbst aufbrachen.

Status praesens: Am rechten Unterschenkel ist die Haut zirkulär, an mehreren handtellergroßen Stellen bräunlich pigmentiert, daselbst linsen- bis markstückgroße Narben, außerdem in großer Anzahl kronen- bis kinderhandgroße, teilweise nierenförmige, tiefe, eitrig belegte, schmerzhafte Geschwüre mit stark infiltriertem Rande. WR: ++++.

Diagnose: Lues III.

Therapie: 2—3tägig Bismoluolinjektionen von 2 ccm.

Verlauf: Nach der 2. Injektion reinigt sich der Geschwürsgrund, die Schmerzen verschwinden. Nach der 4. Injektion verlieren die gummösen Ulzerationen ihren Geschwürscharakter, werden zu granulierenden Wunden und verkleinern sich bedeutend. Nach der 6. Injektion haben die granulierenden Wunden einen Durchmesser von kaum einigen Millimetern. Nach der 9. Injektion Heilung bei vollständiger Epithelisierung und Pigmentation. Die WR auch nach der 12. Injektion: ++++.

Frau J. S., 36jähr. Dienstmagd. (Aufn.-Nr. 162.)

Anamnese: Betreffs Lues völlig negativ. Seit 2 Monaten Schmerzen in der Nase. Seit 1 Monat ist die rechte Nasenöffnung wund und verstopft.

Status praesens: Vorn am rechten Nasengang markstückgroße, belegte Ulzeration mit stark infiltrierten Rändern. Nasenwurzel etwas aufgetrieben, doch nicht schmerzhaft. WR: ++++.

Diagnose: Lues III.

Therapie: 3—4tägig Bismoluolinjektionen von 2 ccm.

Verlauf: Nach der 2. Injektion verminderten sich die infiltrierten Ränder bei Reinigung des Geschwürsgrundes. Nach der 4. Injektion verlor die Ulzeration vollständig ihren Geschwürscharakter, die Infiltration ging beinahe ganz zurück. Nach der 6. Injektion gänzliche Heilung, an ihrer Stelle zeigt sich eine etwas eingesunkene hellergroße Narbe. Stark pigmentierter Saum am Zahnfleisch. WR: ++++.

Digitized by Google

B. B., 28jähr. Magd. (Aufn. Nr. 296.)

Anamnese: Gegen Geschlechtskrankheit bisher unbehandelt. Seit 3 Wochen heftiges Schmerzgefühl im Rachen, Schluckbeschwerden. Sie fühlte seit 1 Woche einen Ausschlag an den äußeren Geschlechtsteilen.

Status praesens: Der weiche Gaumen narbig geschrumpft, so daß die Uvula verschwunden ist. An der hinteren Rachenwand guldenstückgroßes belegtes Geschwür mit wulstartig infiltrierten Rändern. An den kleinen Schamlippen zerstreut hanf- bis melonenkerngroße, nicht infiltrierte, eitrig belegte Erosionen mit hellrotem Rande. An der inneren Oberfläche der rechten kleinen Schamlippe eine hellergroße Narbe. WR: ++++.

Diagnose: Lues III. Herpes genitalis.

Therapie: Zweitägig Injektionen von 2 ccm Bismoluol.

Verlauf: Nach der 2. Injektion reinigte sich das Rachengeschwür etwas, doch blieben die Ränder noch stark infiltriert. Nach der 4. Injektion frische Granulation am Geschwürsgrunde, die infiltrierten Ränder jedoch abgeflacht. Nach der 6. Injektion bemerkte man an der Stelle des früheren Geschwürs eine große granulierende Wunde, die Infiltration der Ränder war beinahe völlig verschwunden. Die Patientin verlangte nunmehr kompakte Speisen, da sie bereits seit einigen Tagen ohne Schmerzen schluckt. Nach der 12. Injektion vollständige klinische Heilung. WR: ++++.

Aus alledem geht hervor, daß die WR am Ende der 1. Bismutkur in der Regel noch unverändert positiv bleibt, so wie dies auch Fournier und Guénot behaupten. Hingegen schlug in einem unserer Fälle die WR bereits gegen Mitte der Kur ins Negative um.

Nun wollen wir unser Augenmerk kurz darauf richten, wie die sogenannten Nebenerscheinungen im Laufe der Bismuttherapie (Bismoluol) waren. Eine Intoxikation, die auch nur eine eintägige Unterbrechung der Behandlung erfordert hätte, kam bei keinem einzigen Falle vor. Die intramuskuläre Anwendung der Bismut-Weinsteinsäure-Suspension scheint — dem direkt in die Blutbahn eingespritzten Bismut gegenüber — mit keiner ernsteren Giftwirkung verbunden zu sein.

Besonderes Interesse wendeten wir dem Urin zu, indem wir diesen in allen unseren Fällen täglich auf Eiweiß untersuchten. Wir fanden bei unseren Untersuchungen, daß sämtliche behandelten Kranken während der Behandlung eiweißfreien Urin ließen. Dies wollen wir um so mehr betonen, da einige Autoren (Naegeli, Bloch) im Verlaufe der Trépoltherapie die Aufmerksamkeit auf das Auftreten leichter Albuminurie lenkten.

Die Nebenerscheinungen im Munde kamen bloß in geringem Grade vor. In 19 von unseren 21 Fällen zeigte sich jedoch bald am Rande des Zahnfleisches der charakteristische grauschwarze Bismutsaum, der eine ziemliche Ähnlichkeit mit dem Bleisaume aufweist. Der Grad dieses Saumes ist sehr verschieden und erscheint zumeist am Zahnfleische der unteren Schneidezähne. Einen stark ausgeprägten Saum fanden wir beiläufig in einem Drittel unserer Fälle vor. Subjektive Erscheinungen werden durch diese Schleimhautveränderung, die aus Bismutsulfid besteht, nicht verursacht. Trotzdem müßte man irgend eine Möglichkeit finden, um diesen Saum irgendwie zu vermeiden, da diese schwärzliche Färbung wahrscheinlich einen ziemlich stabilen Charakter hat in Anbetracht dessen, daß nach Azoulay, Milian und Périn (5) die Ablagerungsstellen des Bismutsulfids in den Bindegewebszellen, sowie in den Endothelzellen der Gefäße liegen. Unseres Erachtens steht der Bismutsaum, den Villjean und Balzer bei ihren Tierversuchen bereits lange vorher beobachteten, pathologisch der Argyrose nahe.

Digitized by Google

Wirkliche Stomatitis, wie sie im Verlaufe von Quecksilberkuren ziemlich häufig zu beobachten sind, fanden wir bloß in einem einzigen Falle, und zwar gegen Ende der Bismuttherapie, doch verschwand auch diese innerhalb einiger Tage nach entsprechender Behandlung. Die Stomatitis, die am letzten rechten Molarzahne an der Schleimhaut und am weichen Gaumen eine oberflächliche Ulzeration verursachte, entwickelte sich nach der 10. Injektion innerhalb 1—2 Tagen und unterschied sich infolge ihres verhältnismäßig leichten Verlaufs wesentlich von der Quecksilberstomatitis gleichen Grades. Bei unseren übrigen Fällen kam nicht die geringste Gingivitis vor.

Bei Anwendung von eingespritzten Heilmitteln müssen wir die örtlichen Symptome als unangenehme Nebenwirkungen betrachten. Sie zeigen sich in Schmerzen, sowie Infiltration und gehen zumeist gleichzeitig einher. Bei Übersicht unserer Krankengeschichten finden wir, daß örtliche Irritationen zwar an den Injektionsstellen vorkamen, doch konnten sie kaum ernstlich in Betracht gezogen werden. Von den mittels Bismoluols behandelten 20 Kranken klagten 7 überhaupt nicht über Schmerzen, trotzdem wir diesbezüglich jeden 2. Tag an unsere Kranken eingehende Fragen stellten. Bei diesen Fällen fanden wir kaum ein Infiltrat. In den übrigen 13 Fällen erreichte die örtliche Irritation (Schmerz, Infiltration) höchstens die durchschnittlichen Reaktionen der Hydr.-salicyl.-Injektionen. Unsere Erfahrung ist ziemlich günstig, zumal sich unsere Fälle durchweg auf Frauen bezogen, die doch den Injektionen gegenüber empfindlicher sind.

Die Injektionen der öligen Suspensionen des Bismuts beanspruchen übrigens dieselbe technische Ausführung, die man bei Anwendung von unlöslichen Quecksilberpräparaten befolgen muß.

Indem wir die mit verhältnismäßig geringen Erscheinungen verbundene örtliche Reaktion und Resorption untersuchten, stellten wir auch einige Versuche an Tieren an. Der seitens der Fabrik erhaltene Bescheid, wonach das im allgemeinen für unlöslich geltende Dikaliumbismutotartrat (= Bismoluol) verhältnismäßig leichter zu lösen sei als z. B. Trépol, wurde teilweise auch durch unsere Versuche an Tieren bestätigt. Als wir nämlich einem gut entwickelten Meerschweinchen (0,1 g pro Kilogramm berechnend) intramuskulär Bismoluol einverleibten, fanden wir nach 3×24 Stunden bei Untersuchung des Tieres (2 Versuche) in den Muskeln kaum eine stecknadelkopfgroße, weiße, krümelige Masse, wobei dieselben makroskopisch keine Entzündungserscheinungen und keine Nekrose aufwiesen. Ebenso fehlten jedwede Anzeichen von Entzündungen oder Nekrose auch bei der 3. Untersuchung, als wir das Tier am 13. Tage nach der Bismoluolinjektion sezierten.

Anschließend an diese Untersuchungen durchleuchteten wir 2 mittels Bismoluolinjektionen behandelte Kranken mittels Röntgenstrahlen (Oberarzt Dr. Dax). Die einige Tage vorher erfolgten Injektionen deuteten jedoch bloß durch einen ganz schwachen Schatten an, daß in der Muskulatur noch ein minimales Bismutdepot vorhanden ist. Jedenfalls scheinen weder die Röntgendurchleuchtung, noch hauptsächlich unsere Tierversuche eine so wichtige, eventuell gefährliche Rolle des eingeführten Bismutdepots zu beweisen, wie dies Wolfer behauptete. Dieser befürchtet näm-

Digitized by Google

lich eine etwaige protrahierte Resorption der aus therapeutischem Grunde eingeführten Bismutdepots und solcherweise eine chronische Intoxikation, wofür wir jedoch in der Fachliteratur keinen Anhaltspunkt fanden.

Unsere bisherigen mit der Bismuttherapie erzielten Erfahrungen resümierend, können wir behaupten, daß das Bismut sich als ein sehr energisches, rasch wirkendes Antisyphilitikum erwiesen hat, welches die Haut- und Schleimhauterscheinungen in jedem Stadium der Syphilis klinisch heilt. Am auffallendsten zeigte sich ihre Wirkung an den hypertrophischen genitalen Papeln (breite Kondylomen) und bei exulzerierten gummösen Prozessen. Besonders beachtenswert ist noch ihre energische Wirkung auf die syphilitischen Lymphadenitiden.

Unsere bisherigen Beobachtungen scheinen zu beweisen, daß das Bismut in der Syphilistherapie seinen Platz an der Seite des Salvarsans und Quecksilbers einnehmen darf. Seine spirochätentötende Wirkung scheint nicht so stark zu sein wie die des Salvarsans, und unseres Erachtens scheint es überhaupt dem Quecksilber näher zu stehen als dem Salvarsan. Dasselbe gilt für das Verhalten der positiven WR dem Bismut gegenüber, insofern wir den raschen Umschlag der Seroreaktion infolge reiner Bismuttherapie bloß in vereinzelten Fällen wahrnahmen.

Das Bismoluol (Bismut-Weinsteinsäure) hat sich vollkommen bewährt und scheint das „Trépol" vollständig zu ersetzt. Unangenehme Nebenwirkungen traten sozusagen überhaupt nicht auf, da sich in den meisten Fällen bloß ein mehr oder minder angedeuteter Bismutsaum zeigte, Stomatitis hingegen bloß in einem einzigen Falle auftrat. Übrigens bildet den besten Beweis für die Toleranz der Kranken dem Bismutpräparat gegenüber der Umstand, daß wir in keinem einzigen Falle selbst nicht einen Tag, die Bismutkur unterbrechen mußten. Dagegen ist anzunehmen, daß dieses günstige Ergebnis unserer vorsichtigen Dosierungsweise (2—3tägig 2 ccm) sowie der beständigen sorgfältigen Überwachung der Kranken (Urin, Mund usw.) zu verdanken ist. Die große Wichtigkeit der Überwachung der Nierenfunktion wird von Levaditi (6) besonders betont. Die Bismuttherapie wurde von uns bisher ambulanterweise niemals angewendet, obwohl wir diesbezüglich jetzt auf kein Hindernis mehr stoßen.

Die Bismuttherapie kann ungestört mit Quecksilber oder Salvarsan, ja sogar mit beiden vereint werden, dies scheinen wenigstens unsere bisherigen Versuche zu beweisen. Das Verschwinden der klinischen Symptome erwies sich jedoch bei dieser kombinierten Behandlungsweise nicht auffallend rascher als bei jenen Heilversuchen, bei denen wir Bismut allein in Verwendung brachten. In bezug der mit Quecksilber kombinierten Behandlung können bloß Inunktionen in Betracht kommen und diese können auf Grund unserer Erfahrung ohne weiteres angewendet werden. Übrigens messen wir diesem kombinierten Behandlungsverfahren keinen praktischen Wert bei. Unseres Erachtens ist der Arzneischatz durch das Bismut mit einem neuen Antisyphilitikum bereichert worden, von dem wir bisher nur eine günstige Wirkung sahen, insofern eine ganze Reihe von ausgeprägtesten und schwersten syphilitischen Symptomen mittels reiner Bismuttherapie (12 Injektionen) klinisch vollständig geheilt wurden. Ob nun diese günstige Heilwirkung eine dauernde ist und sich auch über die klinische Genesung hinaus erstreckt, das vermögen erst

Digitized by Google

weitere Beobachtungen zu entscheiden. Aus demselben Grunde kann — trotz der bisherigen günstigen und vielversprechenden Heilerfolge und der Anpreisungen dieser neuen Therapie in der ausländischen Literatur — das Bismut das Quecksilber und Salvarsan einstweilen nicht verdrängen, doch vermag es an ihrer Seite als neues, wirkungsvolles Antisyphilitikum seinen Platz einzunehmen.

Literatur.

1. H. Müller, Die Behandl. d. Syph. mit Wismut. M. m. W., 1922, Nr. 15. — 2. Nabgeli, Über die Verwendung d. Wismutpräp. usw. Med. Bezirksver., Bern 1922, 5, 18. — 3. Bloch, Die Behandl. d. Syph. mit Bismutpräp. Klin. W., 1922, Nr. 38. — 4. Felke, Wismut bei Syph. M. m. W., 1922, Nr. 39. — 5. Lehner und Radnai, Gyógyászat. 1922, Nr. 38 (ungarisch). — 6. Milian et Périn, La stomatite bismuthique. Bull. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1922, 38. Jahrg., Nr. 3. (Zbl., 5, H. 1—2). — 7. C. Levaditi, Le bismuth dans la syphilis. Presse méd., 1922, Nr. 59.

Aus der dermatologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck (Prof. Dr. Hahn).

Über die Ergebnisse mit einzeitig kombinierter Salvarsan-Hg-Behandlung nach Linser.

Von

Dr. Otto Ebel, Assistenzarzt der Abteilung.

(Fortsetzung.)

III. Fälle ohne Rezidive.

Diese 194 Fälle umfassen 28 Primäraffekte, 31 Lues-latens-Fälle, 135 Lues-II-Fälle. Die Behandlung dieser 194 Fälle erfolgte bei 95 nur nach Linser, bei 99 war bereits eine anderweitige Salvarsan-Hg-Behandlung vorausgegangen Im folgenden habe ich diese 194 Fälle getrennt betrachtet nach Fällen mit reiner Linser-Behandlung und nach Fällen, bei denen eine anderweitige Behandlung vorausgegangen war.

1. Nur nach Linser behandelte Fälle.

Von den 95 nur nach Linser behandelten Fällen zeigten nach einer Linser-Kur bei Wiederaufnahme 37 (38,9 %) positive WR, darunter in 12 Fällen Spir. +. Die Menge des bei der 1. Kur erhaltenen Salvarsans, sowie die Zahl der Monate, die zwischen der Beendigung der 1. Kur und der Wiederaufnahme liegen, sind aus Tabelle V ersichtlich.

Tabelle V. Nach 1 Linser-Kur zeigten bei Wiederaufnahme noch positive WR:

Neo	Monate														
Gramm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1—2		1				1			1			1			
2—3	1	7	2	5	2	1	3		2	1		1			
3—4			2	1	1	1		2							1

Digitized by Google

Nach Abschluß der 2. Kur zeigten von diesen 37 Fällen noch 28 WR +. Die während der 2. Kur erhaltene Salvarsanmenge verteilt sich folgendermaßen:

1—2 g = 2 Fälle
2—3 g = 12 „
3—4 g = 11 „
4—5 g = 3 „

Zur 3. Kur wurden 10 Patienten wieder aufgenommen, von denen 4 WR + zeigten; alle 4 Fälle wurden mit WR + entlassen.

Verteilt man die Fälle nach dem Stadium, in dem sie hier in Behandlung getreten sind, so ergibt sich:

a) Primäraffekte 28.

1. Seronegative (15), hiervon negativ geblieben 14. 1 Fall zeigte bereits bei Abschluß der 1. Kur WR + und mußte trotz mehrfacher intensiver Kuren mit WR + entlassen werden. Die Behandlung der seronegativen Fälle erfolgte:

bei 5 Fällen	mit	2—3 g	Neo	bei	1	Kur	WR —	nach 2, 3, 4, 6, 7 Monaten
„ 3 „	„	3—4 g	„	„	1	„	WR —	„ 2, 6, 7 Monaten
„ 1 Fall	„	4—5 g	„	„	2	Kuren	WR —	„ 11 Monaten
„ 2 Fällen	„	5—6 g	„	„	2	„	WR —	„ 3 und 18 Monaten
„ 2 „	„	6—7 g	„	„	2	„	WR —	„ 8, 8 Monaten
„ 1 Fall	„	6—7 g	„	„	3	„	WR —	„ 12 Monaten

2. Seronegative (15), davon negativ geworden 11. Die Behandlung wurde durchgeführt:

bei 4 Fällen	mit	2—3 g	Neo	bei	1	Kur	WR —	nach 2, 2, 3, 8 Monaten
„ 2 „	„	3—4 g	„	„	1	„	WR —	„ 3, 9 Monaten
„ 4 „	„	6—7 g	„	„	2	Kuren	WR —	„ 3, 3, 4, 8 Monaten
„ 1 Fall	„	7—8 g	„	„	2	„	WR —	„ 17 Monaten

2 Fälle blieben trotz mehrfacher Kuren unbeeinflußt.

b) Sekundäres Stadium 67 (63 mit manifesten Erscheinungen, 4 Lues latens).

Von den 63 Fällen wurden 41 mit WR —, 22 mit WR + entlassen. Von den 4 Lues-latens-Fällen wurden 2 mit WR +, 2 mit WR — entlassen. Die Behandlung bei den Lues-II-Fällen wurde folgendermaßen durchgeführt:

Bei der 1. Linser-Kur erhielten:

Zahl der Fälle	Neo	WR noch + bei Abschluß	% der Versager
7	1—2 g	5	71,4 %
37	2—3 g	25	67,6 %
23	3—4 g	10	43,5 %

Die Durchschnittszahl der Versager bei der 1. Kur beträgt 59,7 %. Zur 2. Linser-Kur wurden von diesen 67 Fällen 52 wieder aufgenommen.

Digitized by Google

Bei der 2. Kur erhielten:

Zahl der Fälle	Neo	WR + bei Aufnahme	WR + bei Abschluß	% der Versager
11	1—2 g	5	5	100 %
25	2—3 g	13	12	92,3 %
15	3—4 g	11	9	81,7 %
1	5—6 g	1	—	—

Zur 3. Linser-Kur wurden von diesen 52 Fällen 9 wieder aufgenommen.

Diese erhielten:

Zahl der Fälle	Neo	WR + bei Aufnahme	WR + bei Abschluß
2	1—2 g	—	—
4	2—3 g	2	1
2	3—4 g	1	1
—	4—5 g	—	—
1	5—6 g	1	1

Mehr als 3 Kuren wurden in der Beobachtungszeit nicht durchgeführt. Bei der Betrachtung dieser Zusammenstellung fällt besonders der hohe Prozentsatz der Versager auf. Am auffallendsten ist das Sinken des Prozentsatzes der Versager von 71,4 % bei den mit 1—2 g behandelten Fällen auf 43,5 % bei den mit 3—4 g behandelten Fällen. Auch bei den Fällen, die die 2. Linser-Kur hier durchmachten, sinkt das Prozentverhältnis der Versager völlig konform mit dem Steigen der erhaltenen Salvarsanmenge.

2. Anderweitig vorbehandelte Fälle (99):

Die Stärke der vorangegangenen Behandlung, sowie der Intervall zwischen den einzelnen Kuren ist sehr verschieden; teils waren die Patienten mit reinen Hg-Kuren, teils mit reinem Salvarsan oder Silbersalvarsankuren vorbehandelt, in der übergroßen Mehrzahl der Fälle jedoch war eine kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung erfolgt. Die bei den vorangegangenen Kuren erhaltene Salvarsanmengen schwankt pro Kur zwischen 2—5 g; die Mehrzahl der Fälle dürfte in die Reihe der mit 2—3 g pro Kur behandelten Fälle fallen. Die erhaltene Hg-Menge ist ebenfalls sehr verschieden, und es läßt sich für diese vorbehandelten Fälle ein Durchschnittswert kaum angeben.

Unter den 99 vorbehandelten, dann nach Linser weiterbehandelten Fällen zeigten bei der Wiederaufnahme 72 klinische Erscheinungen, bei 56 Spir. +, 27 Fälle zeigten nur WR + (Lues latens).

Nach der Zahl der vorangegangenen Kuren geordnet verteilen sich die 72 Fälle mit manifesten Erscheinungen wie folgt.

Vorbehandelt mit:

1 Kur = 43 Fälle
2 Kuren = 23 „
3 „ = 3 „
4 „ = 2 „
9? „ = 1 Fall

Digitized by Google

Von den 43 mit einer Kur vorbehandelten Fällen erhielten bei der 1 Linser-Kur:

Zahl der Fälle	Neo	WR + bei Abschluß	WR — bei Abschluß
6	1—2 g	5	1
9	2—3 g	8	1
9	3—4 g	7	2
1	5—6 g	1	—
1	6—7 g	1	—

Von diesen 26 Fällen kamen zur 3. Linser-Kur 7 zur Wiederaufnahme, von denen nur einer mit WR — entlassen wurde. Die übrigen 6 Fälle mußten auch nach der 3. Kur mit WR + entlassen werden. Die Behandlung bei der 3. Kur erfolgte mit 2—3 g Neo bei 2 Fällen, mit 3—4 g bei 3, mit 4—5 g und 5—6 g bei je einem Falle.

Insgesamt wurden von den 43 mit einer Kur vorbehandelten, dann nach Linser weiterbehandelten Fällen 19 mit WR —, 24 mit WR + entlassen.

Von 23 mit 2 Kuren vorbehandelten Fällen erhielten bei der 1. Linser-Kur:

Zahl der Fälle	Neo	WR + bei Abschluß	WR — bei Abschluß
2	1—2 g	2	—
19	2—3 g	13	6
2	3—4 g	1	1

Hiervon kamen 16 zur Wiederaufnahme, darunter 3 mit WR — zur Sicherheitskur, 13 mit WR + zur Wiederholungskur; von diesen 13 Patienten wiesen noch 3 positiven Spirochätenbefund auf.

Bei der 2. Linser-Kur erhielten 13 Fälle:

Zahl der Fälle	Neo	WR + bei Abschluß	WR — bei Abschluß
5	2—3 g	3	2
8	3—4 g	7	1

Von diesen 13 Fällen wurden zur 3. Linser-Kur nur 3 wieder aufgenommen, von denen 1 mit WR — entlassen werden konnte.

Bei der Betrachtung des Gesamtresultats der Linser-Behandlung der mit 2 Kuren vorbehandelten Fälle ergibt sich, daß von 23 Fällen 12 mit WR — und 11 mit WR + entlassen wurden.

Mit 3 Kuren waren nur 3 Fälle vorbehandelt, von denen 1 Fall nach 2,7 g Neo WR — zeigte, die auch nach 4 Monaten noch negativ geblieben war. Der 2. Fall hatte nach 2 Linser-Kuren mit 2,7 g und 3,6 g Neo, der 6. Fall nach Linser-Kuren mit 2,7, 3,6 und 3,6 g Neo noch WR +.

Die Zahl der mit mehr als 3 Kuren vorbehandelten Fälle ist zu gering, um hier mit verwertet werden zu können.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Aus der Hautabteilung des Städtischen Katharinen-Hospitals in Stuttgart (Vorstand: San.-Rat Dr. Hammer).

Hautschädigungen nach Umschlägen mit feuchtem Zellstoff.

Von

Dr. Eugen Schauke.

Bisher hatten wir in vielen Fällen, wo wir bei feuchten Umschlägen Zellstoff statt des teuren Mulls verwandten, nur gute Erfahrungen gemacht. Der Zellstoff wurde dabei entweder mit Borwasser, essigsaurer Tonerde oder destilliertem Wasser getränkt. In letzter Zeit hatten wir aber Gelegenheit, nach diesen Umschlägen Hautschädigungen zu beobachten, die sich entweder in leichter Hautrötung oder aber auch in flammender, erysipelartiger Entzündung äußerten, wozu in einem Falle noch pemphigusähnliche Blasenbildung und Fieber bis 40° hinzukamen.

Es lag die Vermutung nahe, daß hier chemische Stoffe eine Rolle spielten. Diese Annahme wurde durch die chemische Untersuchung bestätigt. Der Zellstoff wurde zu diesem Zwecke in Aqua dest. einige Minuten gewässert und dann tüchtig ausgedrückt. In der Flüssigkeit färbte sich blaues Lackmuspapier rot. Durch Zufügung von Salzsäure trat der bekannte Geruch schwefeliger Säure auf. Es waren also im Zellstoff schwefelige Säure Salze enthalten, die infolge mangelhafter Auslaugung bei der Herstellung zurückgeblieben waren, und bei den Umschlägen den ungünstigen Reiz auf die Haut ausüben mußten. Diese Reaktion konnte sowohl bei weißem wie auch gelblichem Zellstoff nachgewiesen werden. Die Farbe ist also nicht beweisend für das Vorhandensein oder Fehlen der schwefeligen Salze.

Zellstoff darf also bei feuchten Umschlägen keine Verwendung finden. Ebenso ist er aber auch überall da, wo Sekrete von der Haut abgesondert werden, nur mit größter Vorsicht zu gebrauchen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Oktober 1921, Bd. 34, H. 5/6.

Zur Chromatophorenfrage, von Br. Bloch-Zürich. S. 253—262. In der Kutis des Menschen und der Säugetiere müssen wir zwei Arten von pigmenthaltigen Zellen streng unterscheiden. Die eine Art sind die gewöhnlichen Chromatophoren. Sie liegen im Papillarkörper und in der obersten Kutisschicht, bei stärkerer Pigmentierung auch tiefer. Bei allen in der Kutis sich abspielenden Pigmentprozessen kommen sie neben dem extrazellulär gelegenen Pigment allein in Betracht. Diese Zellen geben nie eine Dopareaktion, zum Unterschied von den epidermalen und der zweiten Art der dermalen Pigmentzellen. Verf. hält an seiner Auffassung, daß sie Pigmentempfänger und -träger, nicht aber Pigmentbildner sind, unbedingt fest. Daneben gibt es eine zweite Art von Pigmentzellen in der Kutis, die von der ersten streng zu unterscheiden ist. Sie beherrschen bei manchen Affenarten das Pigmentbild der Haut. Beim erwachsenen Menschen kommen sie kaum vor (nur in ganz seltenen Fällen in der Haut der Kreuz-

Digitized by Google

gegend und in den „blauen Nävis“). Dagegen finden sie sich in der Kreuzhaut der Neugeborenen, besonders reichlich bei den Mongolen (Mongolenfleck), und sind offenbar atavistische Reste unserer affenähnlichen Ahnen. Diese Mongolenzellen liegen immer in den tieferen Kutisschichten und unterscheiden sich hierdurch und durch ihre Form scharf von den Chromatophoren erster Gattung. Sie geben eine positive Dopareaktion, sind also Pigmentbildner.

Liquorbefunde bei primärer Syphilis, von R. Frühwald, Univ.-Hautklin. Leipzig. S. 263—270. Schon im seronegativen Primärstadium findet man bei einer geringen Zahl von Fällen deutlich pathologische Liquorveränderungen; die häufigste ist die Goldsolreaktion, dann kommt die Eiweißvermehrung und endlich die Zellvermehrung. Im seropositiven Stadium nehmen die Liquorveränderungen an Häufigkeit zu. Die Pleozytose erreicht die Eiweißvermehrung an Häufigkeit.

Über Silbersalvarsan, von H. Planner, Klinik Finger Wien. S. 271—299. Das Silbersalvarsan ist ein sehr energisch wirkendes Salvarsanpräparat. Nebenerscheinungen sind häufiger wie beim Neosalvarsan. Sie bestehen in Fieber, Übelkeit, Erythemen und angioneurotischem Symptomenkomplex. Der Einfluß auf die WR ist befriedigend, anscheinend langsamer als bei Neosalvarsan-Hg-Kombination.

Über eine pockenähnliche pemphigoide Pyozyaneusinfektion bei einem Säugling, von E. Zurhelle, Hautklin. Bonn. S. 300—304. Bei einem 3 Monate alten Knaben erbsengroße Bläschen mit weißem, getrübten Inhalt bei gleichzeitigem hohem Fieber. Der steril entnommene Blaseninhalt ergab eine Reinkultur von Bac. pyocyaneus. Auch histologisch nichts Neues.

Die Salvarsanexantheme. Versuch einer Einteilung. Praktisch wichtige Eigenarten der chronischen Salvarsandermatitis, von A. Stühmer, Hautklin. Freiburg. S. 304—316. Es gibt eine akute vasotoxische, eine subakute anaphylaktoide und eine chronische Salvarsandermatitis. Die akute As-Dermatitis tritt sofort oder 1—2 Tage nach der Injektion auf. Sie ist hauptsächlich urtikariell. Die subakuten Salvarsandermatitiden treten 6—12 Tage nach der Injektion auf. Sie sind meist anaphylaktische Erscheinungen und haben viel Ähnlichkeit mit der „Serumkrankheit“. Bei der chronischen Salvarsandermatitis gibt es eine Früh- und Spätform. Die eine Form tritt am Ende der Kur, die andere einige Wochen später auf. Sie stellen die schwerste Form der Hautschädigung nach Salvarsan dar. Sie beginnen harmlos, gehen dann aber in die schwerste Form der Erythrodermie über. Hoffmann beschuldigt Störungen im Entgiftungsvorgang der Leber als auslösendes Moment. Die Hauptlokalisation der chronischen Salvarsandermatitis sind die Lieblingsstellen des seborrhoischen Ekzems. Therapeutisch sehr gute Erfolge mit 45%igem Zinköl unter Zusatz von $^1/_2$%igem Acid. salicyl. Salvarsan- und Hg-Dermatitis kann man klinisch nicht voneinander unterscheiden. Die WR wird scheinbar günstig beeinflußt.

Über Nebennierenextrakte in der Dermatologie, von J. K. Mayr, Hautklin. München. Die Haut gehört zum System der endokrinen Drüsen. Durch Störungen der Haut in mannigfaltigster Beziehung kommt es zu Dysfunktion des innersekretorischen Anteils, und damit zu Änderungen im Gleichgewicht des ganzen Systems. Diese geben dann wieder durch die Korrelation zum vegetativen Nervensystem zu weiteren Störungen Veranlassung. Die Versuche wurden bei verschiedenen Hautkrankheiten mit großen Dosen subkutan eingespritzten Adrenalins gemacht. Die Reaktion war so wenig einheitlich, daß keine Schlüsse daraus gezogen werden können.

Zur Frage der epidermidalen Basalmembran, von S. Born, Hautklin. Frankfurt. S. 324—331. Freiboes hat in der Dermatol. Zeitschrift (1920, Bd. 31, H. 2) die Behauptung aufgestellt, daß es eine eigentliche Basalmembran nicht gibt. „Das Gebilde, das eine Basalmembran vortäuscht, ist eine stets wieder entrollbare verfilzte Faserschicht.“ Durch Untersuchung von Hunderten von Schnitten kommt Verf. zu der alten Theorie, daß sich zwischen Epidermis und Kutis eine aus Bindegewebsfasern und elastischen Fasern zusammengesetzte Gewebsschicht befindet (= Basalmembran), die mit der Kutis durch zahlreiche Fäserchen in Verbindung steht, die aber nach der Epidermis zu keine Bindegewebsfasern aussendet.

September 1922, Bd. 36, H. 6.

Über Vorkommen von Antikörpern im Blutserum trichophytiekranker Menschen, von F. Blumenthal und A. von Haupt, Univ.-Klin. f. Hautkrankh. Berlin. S. 313—336. Von einer reinen Zellimmunität, die nur das Hautorgan betrifft, ist bei Trichophytie nicht die Rede. Auch bei der Trichophytie spielen humorale Immunitäts-

Digitized by Google

vorgänge eine Rolle. Bei der tiefen Trichophytie lassen sich in der überwiegenden Anzahl der Fälle komplementbindende Antikörper im Serum der Patienten nachweisen, bei der oberflächlichen Trichophytie nur ausnahmsweise. Die Menge der Antikörper ist direkt proportional der Schwere der klinischen Erscheinungen. Die mit Trichophytin vorbehandelten Fälle zeigten bis auf einen Komplementbindung. Die Anregung der Antikörperbildung ist die Hauptwirkung der Trichophytininjektionen. Die Reaktion ist ebensowenig wie die Allergiereaktion spezifisch.

Zur Kenntnis der Ostitis fibrosa und ihrer Beziehung zur Lues, von W. Reichenbächer, Derm. Abt. Buschke Berlin. S. 337—344. Fall von Ostitis fibrosa deformans der rechten Tibia. Im Röntgenbild Knochenmarkstruktur großmaschig, wabenartig aufgelockert; die Kortikalis verstärkt. Anhaltspunkte für eine luetische Ätiologie liegen in diesem Falle ausnahmsweise nicht vor.

Wirkung der Ameisensäure auf die menschliche Haut. (Experimenteller Beitrag zur Urtikariafrage), von A. Kellermann, Univ.-Hautklin. Bonn. S. 345—350. Die Ameisensäure ist nicht imstande, weder bei intrakutaner noch intravenöser Zufuhr beim Menschen eine Urtikaria hervorzurufen. Bei Berührung von Brennesseln usw. ruft wahrscheinlich die Ameisensäure die Schmerzempfindung hervor. In geringen Mengen ist die Ameisensäure für den menschlichen Organismus unschädlich. Irgend eine Heilwirkung wurde nicht beobachtet.

Oktober 1922, Bd. 37, H. 1/2.

Über Hauterscheinungen bei Erkrankungen des myeloischen Systems (myelogene Leukämie der Haut [diffuse und umschriebene Myelose], Chlorome und Myelome), von E. Zurhelle, Hautklin. Bonn. S. 1—38. Aufzählung der bisherigen Literatur über Leukämie der Haut. Eigener Fall des Verf. Bei einem 20jähr. Mann plötzliches Auftreten von bläulichroten Knoten von Linsen- bis Bohnengröße in der Haut des ganzen Körpers mit Ausnahme von Gesicht, Händen und Füßen. Die Knötchen vermehren sich, werden dunkelblau; Fieber, Zahnfleischblutungen. Nach vier Wochen Exitus. Blutbefund ohne einschneidende Besonderheiten. Sektionsbefund ergibt das Bild einer myeloischen Leukämie. Zahlreiche myeloische Infiltrate der Leber. Zahllose myeloische Zellen in den Leberkapillaren, myeloische Metaplasie in Milz- und Lymphdrüsen. Knotenbildung in Herz und Nieren. Die Oxydasereaktion ergab bei allen Tumorzellen und den Knochenmarkszellen einen positiven Ausfall. Ein Herzknoten zeigte auf der Schnittfläche eine bald abblassende, gelbgrüne Beschaffenheit. Diagnose: Myeloide subleukämische Chloroleukämie mit nur angedeutetem Chloromcharakter. Handelt es sich um eine antochthone Entstehung des leukämischen Hautinfiltrats? Handelt es sich um präexistente Herdchen lymphadenoiden Gewebes oder hat eine Einschwemmung von Zellelementen des Knochenmarks stattgefunden? Ist der leukämische Blutbefund nur vorübergehend? Alle diese grundlegenden Fragen bleiben auch in dieser Arbeit ungeklärt.

Erfahrungen über Ikterus bei Syphilitikern, von C. Gutmann, Derm. Abt. Wiesbaden. S. 39—57. Verf. ist der Ansicht, daß von den beiden Noxen Syphilis und Salvarsan das letztere der wichtigere Faktor für das vermehrte Auftreten des sogenannten Spätikterus ist. Er warnt davor, beim Auftreten eines Ikterus während oder nach der Behandlung den Organismus weiter mit Salvarsan oder Hg oder gar mit beiden zu belasten, da immer das Auftreten der akuten gelben Leberatrophie droht. Man lasse den Ikterus ganz abklingen und beginne dann erst vorsichtig mit der weiteren spezifischen Behandlung.

Mitigal zur Herstellung feinverteilter Schwefelsalbe, von H. Th. Schreus, Hautklinik Bonn. S. 57—61. Mitigal ist ein klebriges, gelbes, fast geruchloses neutrales Öl, das etwa 25% Schwefel, festgebunden im Kern, enthält. Beim Erwärmen ist es imstande, große Mengen von Schwefel zu lösen. Beim Erkalten fällt der Schwefel wieder als fein verteiltes Pulver aus. Es gelingt, den Gesamtschwefelgehalt von 41% zu erzielen. Herstellung der Mitigalschwefelsalbe: 25 g Schwefel und 65 g Mitigal werden im Wasserbade gelöst und 10 g geschmolzenes Wachs zugesetzt. Rühren bis zum Erkalten. Mit dieser Salbe erzielte Verf. gute Erfolge bei Impetigo, Dermatitiden, Ekzemen, Dyshidrosis.

Der serologische Luesnachweis mit den Trübungsreaktionen nach Dold und Meinicke, von Rud. Strempel, Hautklinik Bonn. S. 62—70. Beim Mischen von 2 ccm eines 1 + 11 mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnten Extraktes mit 0,4 un-

Digitized by Google

verdünntem, $^1/_8$ Stunde bei 55° inaktiviertem Serum, entsteht bereits nach kurzem Brutschrankaufenthalt eine Trübung in den Luesserum-Extraktgemischen, die makroskopisch beurteilt werden kann (DR). Übereinstimmung mit WR in über 90% der Fälle, desgleichen mit SGR. Vorteil der DR: Man kann gleichzeitig mit der WR eine zweite Reaktion ablesen und so sofort die WR ergänzen und kontrollieren.
E. Meyerhoff-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Erythrodermien, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis rubra usw.

Über Pityriasis rosea bei Syphilitikern und Jarisch-Herxheimersche Reaktion, von H. Feit-Koblenz. (M. Kl., 1922, Nr. 7, S. 209.) Verf. hatte kürzlich zweimal Gelegenheit, Pityriasis rosea-Ausbrüche bei Syphilitikern zu sehen, einmal bei einem Tertiär-, das andere Mal bei einem Sekundärluetiker. Bei beiden trat nach Salvarsan- bzw. Hg-Behandlung eine starke Reaktion an den Pityriasisherden im Verein mit Fiebererscheinungen auf. Diese Vorgänge sind, wie F. darlegt, von Kreibich, Buschke, Herxheimer u. a. besprochen, und Verf. stimmt namentlich der von Pincus gegebenen Erklärung zu, daß das Salvarsan in ähnlicher Weise wie etwa Tuberkulin zu Überempfindlichkeitsreaktionen mit besonderer Lokalwirkung führen kann. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Schweinerotlauf beim Menschen, von Otto Singer-Misslitz. (M. Kl., 1922, Nr. 4, S. 113). Schilderung des klinischen Verlaufs, der ein gutartiger ist und 14 Tage dauert. Die Behandlung besteht in reizlosen Kühlsalben. G. Heymann-Elbing.

Keratosen.

Zwei Fälle von Dyskeratosis follicularis vegetans (Darriersche Krankheit) (Deux cas de dyskératose folliculaire végétante [maladie de Darier]), von N. Goté und Bertoye-Lyon. (Presse méd., 1921, Nr. 89, S. 887.) In der Société médicale des Hopitaux stellten Verff. zwei Fälle dieses Leidens vor. Die Affektion besteht schon seit der Kindheit und hat immer größere Dimensionen angenommen. Bei beiden Patienten war die WR positiv, aber im übrigen ergaben sich keinerlei Anhaltspunkte für eine syphilitische Infektion. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Furunkel des Gehörganges (Furuncles of the Ear Canal. A Report of Ten Cases of Furunculosis of the Posterior Portion of the External Auditory Canal Occurring in Children and Simulating Acute Mastoiditis), von John A. Glassburg-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 15.) Die oft schwierige Differentialdiagnose zwischen Furunkulose und akuter Mastoiditis wird nach den Gesichtspunkten der Anamnese und der subjektiven und objektiven Symptome eingehend besprochen. E. Levin-Berlin.

Einfache und schmerzlose Furunkelbehandlung, von Kritzler-Erbach. (D. m. W., 1922, Nr. 26, S. 866—867.) Verf. empfiehlt die Ätzung der Furunkel mit Karbolsäure. F. Harry-Berlin.

Über spezifische Lokaltherapie der Furunkulose, von August v. Wassermann-Berlin-Dahlem. (M. m. W., 1922, Nr. 16, S. 596.) Ausgehend von dem Gedanken, daß die allergische Reaktion der Haut gegen Antigene bei fortgesetzter Zuführung des Antigens in eine anergische umschlägt, hat Wassermann von der Firma Laboschin ein histopinhaltiges Pflaster „Histoplast" zur Behandlung seiner eigenen, sehr hartnäckigen Furunkulose benutzt. Es wurde rasche Rückbildung erzielt. A. v. Notthafft-München.

Die Totalexstirpation in der Behandlung der Karbunkel (La eseresi totale nella cura degli antraci), von L. Conti. (Policlinico, 1922, Nr. 22.) Verf. empfiehlt die Totalexstirpation der Karbunkel und beschreibt des genaueren die Technik. Er erzielte unter 60 Fällen 58 Heilungen und 2 Todesfälle. E. Freund-Triest.

Erysipel, Phlegmone usw.

Erysipel und blauer Eiter, von G. Ledderhose-München. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 172, H. 5/7.) Abschwächung und Heilung der erysipelatösen Wundinfektion durch Impfung mit dem Bazillus des blauen Eiters ist zu erwarten, falls es sich um

Digitized by Google

ziemlich frische Fälle handelt, die Streptokokkeninfektion in der Wunde selbst festen Fuß gefaßt und sich in ihr weiterentwickelt hat, das Erysipel nicht der Ausdruck einer allgemeinen Streptokokkensepsis ist. Der geimpfte Pyozyaneus muß einen hinreichenden Grad von Virulenz haben, vom Verband aus in die Wunde eindringen, sich in ihr allseitig verbreiten und eine möglichst reichliche Sekretion anregen. Bei Kindern in den ersten Lebensjahren und bei hochgradig geschwächten Personen ist die Impfung zu unterlassen. E. Levin-Berlin.

Zur Behandlung des Erysipels mit der Quarzlampe (künstlicher Höhensonne), von Alois Czepa-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 25, S. 564.) Verf. empfiehlt die Höhensonnenbestrahlung bei Erysipel auf Grund einer langjährigen, ausgedehnten eigenen Erfahrung. In fast allen Fällen erfolgte auf die erste Bestrahlung sofortiger Stillstand des Erysipels und Temperaturabfall. Es müssen die erkrankte Partie und die Umgebung bestrahlt werden, und keine zu kleinen Dosen müssen genommen werden, da sich die Erzeugung eines kräftigen Erythems als nötig erwiesen hat. Verf. bestrahlte das erste Mal bei frischem Brenner in 80 cm Abstand 10 Minuten, bei älterem Brenner 15 Minuten. Wiederholung der Bestrahlung am 2. oder 3. Tage. Bei Beschwerden durch das Lichterythem 0,1%iger Resorzinwasserumschläge oder solche mit stark verdünnter essigsaurer Tonerde. E. Langer-Berlin.

Erfahrungen über Rivanolbehandlung der Mastitis, von F. Baecker-Bremen. (Zbl. f. Gyn., 1922, Nr. 31, S. 1262.) Verf. sah keine durchgreifenden Erfolge bei der Mastitis bei der Anwendung von Rivanol. In abgegrenzten Herden sah auch Verf. bessere Heilung, aber in den schweren infiltrativen Fällen oder solchen mit mehreren Kammern hat es sich nicht als das therapeutische Mittel gezeigt, als das es von seinen Anhängern angesehen wird. Auch die Frage, ob die Behandlungsdauer eine kürzere wurde, kann Verf. nicht beantworten. Verf. steht deshalb auf dem Standpunkt, daß Mastitisfälle, die trotz Rivanolbehandlung am 4. bis 5. Tage kein Abklingen der Entzündungserscheinungen zeigten, nach den alten therapeutischen Methoden behandelt werden müssen. Im allgemeinen ist die Mastitis nicht das geeignete Feld für die Rivanoltherapie. A. Rosenburg-Berlin.

Über die Behandlung der Mastitis mit Vuzin, von Hermann Steichele-Nürnberg. (Zbl. f. Gyn., 1922, Nr. 27, S. 1099.) Verf. hat bei 20 Fällen von infiltrierender wie abszedierender Mastitis durch Behandlung mit Vuzinlösung 1:400 an Stelle 1:500 die besten Erfolge gehabt. Bei abszedierenden Mastitiden wird der Eiter abgesaugt und Vuzin nachgespritzt, bei infiltrierenden wird die erkrankte Stelle infiltriert. Diese Infiltrationen sind schmerzhaft. Sie müssen meist öfters wiederholt werden. Unliebsame Zwischenfälle oder Komplikationen wurden nicht beobachtet.
A. Rosenburg-Berlin.

Sklerom, Orientbeule, Milzbrand usw.

Beitrag zur Kasuistik des Sodóku (Contributo alla casistica del Sodóku), von A. Ruggiero. (Policlinico, 1922, Nr. 24.) Beschreibung eines Falles von Rattenbißkrankheit. Die Infektion erfolgte vom Mittelfinger aus. Es trat lokale Schwellung, Fieber bis 40°, Anschwellung der Axillar- und Supraklavikulardrüsen auf. Puls 110—120, fleckiger Ausschlag auf dem Stamme. Dieser Zustand schleppte sich mit Remissionen durch vier Monate hin. Die Untersuchung des Blutes wurde nicht zugegeben. Die Behandlung bestand in feuchtwarmen Umschlägen, Aspirin, Chinin und Arsenik. Es kam zur vollständigen Ausheilung. E. Freund-Triest.

Zur Frage der Infektiosität der Orientbeule, von Bogrow. (Klinitscheskaja Medizina, 1922, Nr. 1, S. 18.) Trotzdem klinische Beobachtungen von Übertragung der Orientbeule vorliegen, ist doch die Frage der Übertragung von Person zu Person, wie durch Autoinokulation noch nicht völlig geklärt, so daß ein jeder neue Fall von Bedeutung ist. Verf. beschreibt einen Fall, welcher in der Hautklinik der I. Moskauer Universität zur Beobachtung kam, bei dem einerseits die Knötchen und Geschwüre nicht alle gleichzeitig, sondern nacheinander aufgetreten waren und von denen ein Ulkus auf der Vorhaut saß, einer bei der Orientbeule seltenen Stelle. Letzteres Geschwür erinnerte an ein Ulcus molle, enthielt aber keine Streptobazillen, sondern die Leishmania tropica. Außerdem fand sich auch ein Ulkus auf dem linken Oberschenkel, entsprechend der Berührungsstelle mit dem Ulcus penis. Obgleich es zu nahe liegt, dieses Geschwür auf Autoinokulation zurückzuführen, spricht Verf. in vorsichtiger Weise nur von der Möglichkeit einer solchen, da natürlich eine Übertragung durch sekundär aufgetretene Diplokokken nicht völlig ausgeschlossen ist. A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Die Beziehung zwischen Diät und Pellagra (The Relation of Diet to Pellagra), von Joseph Goldberger-Washington. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 22, S. 1676—1680.) Besprechung der Bedeutung der Diät als Behandlungs-, vorbeugendes und ursächliches Moment bei der Pellagra. Auf Grund eigener Studien sowie der anderer Forscher vertritt Verf. den Standpunkt, daß die Diät eine hervorragende Rolle in der Behandlung Pellagrakranker spielt. Dagegen sprechen auch nicht Versager, die darauf beruhen, daß der Fall zu spät zur Behandlung gekommen ist. Es spricht nicht dagegen die klinische Besserung bei Fällen, die mit erschöpfender Krankheit, z. B. Dysenterie, einhergehen und bei denen ein Wechsel in der Ernährung nicht stattgefunden hat. Verf. macht darauf aufmerksam, daß die Pellagrakrankheit zeitlichen Schwankungen unterworfen ist und besonders im Juni ihre höchste Krankenziffer erreicht. Er bringt das damit in Zusammenhang, daß in der warmen Jahreszeit leichter eine Zersetzung der Speisen eintritt. Was die Diät als vorbeugendes Moment angeht, so hat sich gezeigt, daß sie allein ohne hygienische oder sonstige medikamentöse Faktoren wirksam ist. Dasselbe gilt auch von der Diät als ursächliches Moment, wie das Versuche an Anstaltsinsassen, die sich freiwillig dazu hergaben, zeigten. F. Quasig-Hamburg.

Endokrine Störungen.

Über Hormontherapie, von Otto Fürth-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 24.) Verf. bespricht die einzelnen Organe, die therapeutisch in der Hormontherapie Anwendung gefunden haben. Die Schilddrüsentherapie hat glänzende Erfolge beim Myxödem, bei der Cachexia strumipriva und beim endemischen Kretinismus zu verzeichnen. Die Einpflanzung von Schilddrüsen bzw. Schilddrüsenteilen ist ohne Dauererfolg. Nach neuesten Forschungen soll Thyroxin der wirksame Bestandteil sein. Über Epithelkörperchentherapie läßt sich nicht viel Erfreuliches mitteilen. Von der Hypophyse ist der therapeutisch wertvolle Bestandteil der Hinterlappen mit der Pars intermedia. Die Präparate daraus bewirken rhythmisch-peristaltische Kontraktionen, sowohl des Uterus als des Darms, angewandt bei Wehenschwäche und bei Parese und Atonie des Darmes. Bei Diabetes insipidus läßt sich durch wiederholte Injektionen von Hypophysin die Nierensekretion dauernd herabdrücken. Ebenso sind Hypophysenpräparate ein wichtiges Kampfmittel gegen Kollaps durch die Blutdrucksteigerung, die sie durch Zusammenziehung peripherer Gefäße hervorrufen. Der eigentlich wirksame Bestandteil des Hypophysenextraktes konnte noch nicht sicher isoliert werden. Der Nebennierenextrakt spielt eine große Rolle als anämisierendes und anästhesierendes Mittel. Ferner wirkt es lösend auf den Krampf der Brochialmuskeln beim Bronchialasthma und hebt die Motilität des Magens auf bei unmittelbarem Erbrechen, bei der Seekrankheit, bei gastrischen Krisen. Der Darmextrakt, unter dem Namen Hormonal im Handel, regt die Darmperistaltik mächtig an. Thymusfütterung soll Basedowerscheinungen zum Rückgang bringen. Von männlichen Sexualdrüsenpräparaten hält Verf. nicht viel. Aussichtsreicher sind die Transplantationsversuche von Hodensubstanz. Die Erfolge mit der Hormontherapie der weiblichen Sexualdrüsen sind bessere als der männlichen, besonders haben sich vielfach die verschiedenen Handelspräparate der Ovarialtabletten gut bewährt.
G. Assmann-Kiel.

Über Austauschvorgänge zwischen Blut und Geweben. 2. Mitteilung. Der Einfluß von Adrenalin-, Hypophysen- u. a. Blutdrüsenextrakten und Gefäßmitteln, von Jul. Bauer u. Berta Aschner, Med. Abtlg. d. Allg. Poliklinik Wien (Dir. Prof. Mannaberg). (Zschr. f. d. ges. exp. M., 1922, Bd. 27, H. 3—4, S. 191—212.) Nach O. Hess u. W. Erb jr. bewirkt i. v. zugeführtes Adrenalin im Tierversuch eine sehr beträchtliche Blutdrucksteigerung und Bluteindickung. Letztere wird mit sinkendem Blutdruck durch Rückfiltrierung der Gewebsflüssigkeit in die Blutbahn ausgeglichen. Die oft nach Sinken des Blutdruckes noch restierende Bluteindickung erklären sie mit einer herabgesetzten Permeabilität der Kapillarendothelien durch das Adrenalin in Analogie der Versuche von A. Exner u. a. über die bei Adrenalinzufuhr verlangsamte Resorption von intraperitoneal zugeführten Stoffen. Die Deutung dieser Befunde von Hess u. Erb jr. ist von anderer Seite angegriffen und ihre tatsächliche Richtigkeit nicht durchweg bestätigt worden. Da sich trotzdem zahlreiche neuere Arbeiten in ähnlichen Gedankengängen bewegen, haben Bauer und Aschner eigene Versuche angestellt. Sie kamen zu dem Schluß, daß die Hess-Erbsche Blutdruckfiltrationstheorie nicht zu Recht besteht.

Digitized by Google

Ihrer Ansicht nach ist auch eine stets gleichartige Wirkung des Adrenalins auf Blutkonzentration und NaCl-Gehalt im Blut nicht zu erwarten, da Angriffspunkte und Wirkungen des Adrenalins der individuell differenten Bereitschaft Reaktionsart und Reaktionsgröße der einzelnen Organe und Organteile entsprechen. (Vgl. dazu die von anderen Gesichtspunkten ausgehende und zu fast gleichem Schluß gelangende Arbeit von Peiser. D. Ref.). Die für die Pathogenese des Diabet. insipidus so wichtige Wirkung des Hypophysenhinterlappenextraktes (Pituitrin, Pituglandol) auf die Diuresehemmung ist von Veil als unmittelbare Wirkung des Hormons auf das Gewebe erklärt worden, was nach Oehmes Tierversuchen nicht zu stimmen scheint. Die eigenen diesbezüglichen Versuche der Verff. gehen dahin, daß das Pituitrin die Wasserretention im Gewebe nicht erhöht, sowie ein gesetzmäßiges Verhalten der NaCl-Verschiebung zwischen Blut und Gewebe durch Hypophysenhinterlappenextrakt nicht zu erkennen ist. Desgleichen ist eine Änderung der Permeabilität und sekretorischen Tätigkeit der Kapillarwände beim Menschen nicht nachweisbar. Sekundär können allerdings Hypophysenhinterlappenextrakte durch ihre Wirkung auf die Sekretion von Nieren und Pankreas Veränderungen der Blutkonzentration zur Folge haben. — Die Prüfung anderer Blutdrüsenextrakte ergab kein gesetzmäßiges Verhalten. Von Gefäßmitteln ließ das Papaverin eine gewisse Tendenz zur Blutverdünnung erkennen, ebenso i. v. zugeführtes Chinin. Zum Schlusse der Arbeit, die auch in ihrer eingehenden Bewertung anderweitiger Versuchsergebnisse von Interesse ist, werden noch zwei kasuistische Mitteilungen über den Einfluß von Pilokarpin auf NaCl-Gehalt und Konzentration des Serums angeführt. F. Jacobsohn-Berlin.

Störungen der Adrenalinbildung in den Nebennieren unter äußeren Einflüssen und ihre biologische Bedeutung, von Bruno Peiser-Berlin (Path. Inst. Prof. Hart). (Zschr. f. d. ges. exp. M., 1922, Bd. 27, H. 3—4, S. 234—294.) In der äußerst beachtenswerten Arbeit nimmt Verf. zunächst Stellung zu der Streitfrage, ob Konstitution der Ausdruck nur ererbter oder nur erworbener Eigenschaften sei. Ausgehend von den Versuchen Harts über Veränderungen endokriner Organe unter äußeren Einflüssen, die dieser, angeregt durch die Fütterungsversuche an Kaulquappen von Gudernatsch, ausgeführt hatte, ferner von eigenen Beobachtungen mangelhafter Adrenalinbildung bei unterernährten Individuen während der Kriegszeit gibt Peiser eine eingehende und gedankenreiche, kritische Würdigung der einschlägigen Literaturergebnisse. Sodann legt Verf. an einer 158 obduzierte Fälle berücksichtigenden Tabelle dar, daß der (mittels der von Comessato modifizierten Methode von Schmorl und Ingelsheimer bestimmte) durchschnittliche Adrenalingehalt unterernährter Individuen um mehr als ein Drittel im Vergleich zur Vorkriegszeit vermindert war. Die Erklärung hierfür sieht Peiser in den schlechten Lebensbedingungen und sieht dadurch die Bedeutung äußerer Einflüsse auf das endokrine System als gegeben an, dessen Bedeutung wiederum als einer der Träger der „Konstitution" wohl heute fast allgemein anerkannt ist. Den funktionshemmenden Einfluß der Unterernährung auf die Nebennieren hat P. dann tierexperimentell nachgeprüft. Verf. beschränkte vier Meerschweinchen, deren normalen Durchschnittsgehalt an Adrenalin er an 24 normal ernährten Tieren von einheitlichem Körpergewicht festgestellt hatte, mehrere Wochen lang in der Futtermenge und bestimmte ihre Gewichtsabnahme; die nach der Tötung der Tiere sofort vorgenommene Adrenalinbestimmung ergab bei drei von vier Tieren eine bedeutende Herabsetzung des Adrenalingehaltes gegenüber der Norm. Verf. hat also für den Einfluß äußerer Einwirkungen auf die Funktion endokriner Organe tierexperimentell wesentliche Unterlagen gebracht. — Zum Schluß spricht P. die Vermutung aus, daß die von ihm bewiesene Schädigung der Nebennierenfunktion durch Unterernährung häufig auch in pluriglandulären Insuffizienzerscheinungen ihren Ausdruck finden müsse. Er weist darauf hin, daß individuelle Besonderheiten des endokrinen Systems durch dessen dargetane Abhängigkeit von äußeren Einflüssen mit Vorsicht beurteilt werden müssen. Daher soll der Praktiker jetzt mehr als je der Funktion des endokrinen Systems Rechnung tragen und bei den jetzt gehäuft auftretenden Bildern schwerer Kreislaufschwäche auf die Adrenalinverarmung des Körpers durch die jahrelange unphysiologische Ernährung Rücksicht nehmen.

F. Jocobsohn-Berlin.

Innere Sekretion und Balneotherapie, von Schlayer-Berlin. (Allg. m. Ztg., 1922, Nr. 23.) Für die Erörterung der Beziehungen zwischen beiden ist Kenntnis der allgemeinen inneren Sekretion erforderlich. Eine Wirkung balneotherapeutischer Maßnahmen bei Hyper- und Hypofunktion innersekretorischer Drüsen kann im Sinne einer Erniedrigung der Sekretionsimpulse oder einer Anregung und Beschleunigung der Sekretion gedacht werden. Der Einfluß kann von verschiedenen Angriffspforten aus

Digitized by Google

ausgeübt werden, nämlich von Psyche und Nervensystem, von der Haut und ihren Organen, vom Magendarmkanal und von den Respirationsorganen. Es bestehen hier zahlreiche Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten, die jedoch noch ganz ungenügend durchuntersucht sind. Die Bedeutung der Haut für das Allgemeinbefinden wird in neuerer Zeit viel höher eingeschätzt, eine besondere Rolle scheinen die Hautdrüsen zu spielen, die vielleicht eine Entgiftungsfunktion ausüben. Es sollen ferner bei bestimmten Einwirkungen Reizstoffe von der Haut aus im Blute erscheinen. Man hat in der Einwirkung starker, die Haut treffender physikalischer Maßnahmen Eingriffe gesehen, die ähnlich der parenteralen Proteinzufuhr wirken. E. Levin-Berlin.

Die Wirkung des Thalliums auf das endokrine System, von A. Buschke und Bruno Peiser-Berlin. (Klin. W., 1922, Nr. 20, S. 995.) Verff. haben schon seit 20 Jahren von Buschke vorgenommene Versuche in großem Maßstabe durchgeführt, um zu einem Ergebnis über den Angriffspunkt der schädigenden Wirkung des Thalliums zu gelangen. Bei Fütterung und subkutanen Injektionen wurden dieselben Symptome wie früher erzielt: Alopezie aller Grade von fleckförmigem bis totalem Haarausfall, Wachstumsstörungen, Erlöschen des Geschlechtstriebs, Katarakt in einzelnen Fällen. Genaue Untersuchungen der endokrinen Organe lassen den Schluß zu, daß es infolge der Thalliumeinwirkung zu einer Schädigung dieses Systems kommt. In drei Fällen konnte eine Hodenatrophie bei den behandelten Ratten festgestellt werden; Prüfung des Adrenalingehaltes der Nebennieren von fünf mit Thallium acet. gespritzten resp. gefütterten Meerschweinchen ergab bei zwei Tieren einen negativen Ausfall der Adrenalinprobe, bei den drei übrigen einen Adrenalingehalt, der nur einen Bruchteil der Norm darstellt. Aus dem aufgetretenen Katarakt wäre auf eine Schädigung der Epithelkörperchen zu schließen. Die antihidrotische Thalliumwirkung, die früher bei Phthisikern therapeutisch Anwendung fand, und durch die man auf die Alopezienebenwirkung des Thalliums aufmerksam wurde, ist vielleicht auf eine Funktionsstörung der Schilddrüse im Sinne einer Hypothyreose zurückzuführen. E. Langer-Berlin.

Das essentielle Hautjucken als klinisches Symptom der multiplen Blutdrüsenerkrankung, von Leopold Szondi und Ludwig Haas-Pest. (M. m. W., 1922, Nr. 16, S. 584.) Material: Zehn Frauen mittleren und höheren Alters mit Hautjucken an verschiedenen Stellen, besonders an Geschlechtsteilen und After. Regelmäßig oder fast regelmäßig fanden sich anatomische oder funktionelle Veränderungen an Schilddrüse, Hirnanhang, Eierstöcken, je einmal Störungen an Brustdrüse, Nebenniere und Nebenschilddrüse. Sechsmal wurde der Symptomkomplex der „multiplen Blutdrüsensklerose Falta" („insuffisance pluriglandulaire" Claude et Gougerot) gefunden: entweder das „thyreo-ovarial-hypophysäre Syndrom" oder das „suprarenal-ovarial-thyreoideale" oder das „thyreo-ovarial-parathyreoideale"; viermal waren ohne bestimmtes Krankheitsschema wenigstens zwei Drüsen verändert. Pathologische Stoffwechselprodukte der funktionell gestörten Drüsen erzeugen eine Überempfindlichkeit der peripheren sensibeln Nerven. Die Lokalisation des Juckens wird dann durch äußere Ursachen geschaffen. Mit Organextrakten wurden keine Dauererfolge erzielt. Röntgenstrahlen helfen nur symptomatisch. A. v. Notthafft-München.

Nervenärztliche Erfahrungen mit innersekretorischer Therapie, von R. Lauden-heimer-München-Thalkirchen. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 6, S. 204—207.) In den letzten Jahren häufen sich die Fälle, in denen Migräneattacken mit asthenischem Habitus und vagotonischem Symptomenkomplex einhergehen. Dieses Syndrom war mehrmals Folge des Ausfalls der Schilddrüsenfunktion nach Thyreoidektomie, in anderen Fällen machte das gleichzeitige Bestehen leichterer Symptome von Schilddrüseninsuffizienz und die günstige Wirkung der Schilddrüsentherapie speziell auf die Migränekranken diesen Zusammenhang sehr wahrscheinlich. Da auch diejenigen Formen von Migräne, die — ohne nachweisbare Schilddrüsenausfallserscheinungen — mit vagotonisch-asthenischer Verfassung einhergehen, günstig reagieren, haben auch diese wahrscheinlich mit Störung der Schilddrüsen, vielleicht gelegentlich auch der Hypophysensekretion zu tun. Ob auch Fälle von Migräne kombiniert mit echten epileptischen Anfällen für die innersekretorische Behandlung geeignet sind, läßt sich noch nicht entscheiden. G. Assmann-Kiel.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

17. Februar 1923 | Nr. 7 | Band 76

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Dr. A. Buschke).

Hyperkeratotische Exantheme bei Gonorrhoe und ihre Beziehungen zur Psoriasis.

Von

Prof. Dr. A. Buschke und Dr. Erich Langer, Assistent.

Mit 1 Tafel.

Zur tieferen Erforschung von Krankheiten stehen uns im allgemeinen zwei Wege zur Verfügung, einmal das Experiment und zweitens die klinische und histologische Beobachtung. Gerade der erste Weg ist während der letzten Jahrzehnte unter dem Einfluß der bakteriologischen Ära zu immer größerer Bedeutung gelangt. Ist auch auf vielen Gebieten hiermit Großes erreicht und entdeckt worden, so stehen wir, die wir uns mit dem biologischen Verhalten des Gonokokkus und den gonorrhoischen Krankheitsformen beschäftigen, gerade noch recht am Anfang jeglicher experimenteller Erfahrung. Ist es doch bis heute noch nicht gelungen, den Gonokokkus so auf Versuchstiere zu übertragen, daß er dort haftet und der menschlichen Gonorrhoe ähnliche Krankheitsbilder erzeugt. Immerhin einzelne interessante Tatsachen sind im Laufe der Jahre gefunden worden, doch alles Dinge, die im großen und ganzen mit Immunitäts- und Toxizitätserscheinungen, die durch Gonokokken veranlaßt sind, im Zusammenhang stehen und weniger auf gerade den Kliniker hauptsächlich interessierenden Erscheinungen beruhen. Es ist uns daher zur Deutung und Erkennung der gonorrhoischen Krankheitsbilder nur der zweite Weg, die klinische Beobachtung und histologische Untersuchung übrig geblieben.

So auch bei den zu beschreibenden Erscheinungen. Es ist im Laufe der Jahre, seit von Vidal die erste grundlegende Beobachtung eines hyperkeratotischen Exanthems mitgeteilt wurde, von zahlreichen Seiten ein erhebliches Material zusammengetragen worden. Sicherlich ist die Erkenntnis dieser Krankheitsform wesentlich dadurch gefördert worden; immerhin stehen wir auch heute noch der ursächlichen Deutung ziemlich verlegen gegenüber und müssen uns darauf beschränken, mit negativen Befunden, mit Parallelen zu anderen Krankheitsbildern und mit Hypothesen das Auftreten dieses Exanthems zu erklären.

Nach Veröffentlichung der ersten drei Fälle von Vidal, Jeanselme und Chauffard hat sich Buschke mit den gonorrhoischen Exanthemen, speziell auch mit dem hyperkeratotischen eingehender beschäftigt; und

Digitized by Google

die im Jahre 1899 darüber veröffentlichte Arbeit, ergänzt durch die Monographie im Handbuch für Geschlechtskrankheiten, ist im großen und ganzen, abgesehen von einzelnen Kleinigkeiten, bis jetzt geltend. Heute wollen wir nun einen weiteren Beitrag zu der Frage des hyperkeratotischen oder besser parakeratotischen Exanthems liefern. Nicht als ob es uns gelungen wäre, die Frage gänzlich zu klären, sondern in der Absicht, neben der Besprechung des Krankheitsbildes als solchem einen Vergleich mit ähnlichen anzustellen, speziell mit der mit deformierender Arthritis einhergehenden Psoriasis, da wir hoffen, daß es vielleicht auf diesem Wege möglich ist, in das Wesen dieser Krankheitsformen tiefer einzudringen.

Wenn man die Literatur der gonorrhoischen Hyperkeratosen betrachtet, so ist zunächst ganz besonders auffallend das Verhältnis der hyperkeratotischen Exantheme bei Männern, Frauen und Kindern. Wir haben im ganzen 57 Fälle zusammenstellen können und fanden unter diesen nur zweimal ein solches Exanthem bei Mädchen — einem vierjährigen (Robert) und einem 2½jährigen Mädchen (Sutter) — und zweimal bei Frauen — 28jährige Frau (Isaak) und 2. Fall ohne Altersangabe (Damany). Zu letzterem kommt als dritter der von uns zu beschreibende Fall. Alle übrigen Erkrankungen betrafen Männer, bei denen bezüglich des Alters das 21.—30. Lebensjahr bei weitem überwog. Es kommen auf das 2. Jahrzehnt 2, das 3. 29, das 4. 7 und das 5. 4 Fälle, während bei 11 Mitteilungen sich keine Altersangabe fand. Die Verteilung auf die Geschlechter entspricht auch ungefähr den Beobachtungen, die wir bei unserem doch recht großem Material beiderlei Geschlechts mit dem Vorkommen der gonorrhoischen Arthritis machen, die wir bei Männern in viel größerem Prozentsatz finden als bei Frauen. Während wir stets unter unseren männlichen Gonorrhoikern zahlreiche Arthristisfälle haben, vergehen oft viele Monate, ehe wir bei einer Frau oder gar bei einem Kinde eine solche beobachten.

Bezüglich der Exantheme kommen Arning und Meyer-Delius zu einer ähnlichen Beobachtung; sie fanden unter 4300 gonorrhoischen Männern mit 147 Arthritiden sechsmal Hyperkeratosen und unter 550 gonorrhoischen Frauen mit 12 Arthritiden keine Hyperkeratosen.

Eine weiterhin auffallende Tatsache dürfte die verschiedene Lokalisation der Hyperkeratosen sein. Ausgehend von der Buschke-schen Einteilung der gonorrhoischen Exantheme hat Baermann für die Hyperkeratosen noch zwei Unterstufen angenommen, 1. die disseminierten und 2. die auf Hände und Füße lokalisierten Formen; eine Einteilung, die von den meisten Autoren übernommen ist. Dagegen konnte Buschke in seiner Handbuchabhandlung die früher vorgenommene scharfe Abgrenzung der einzelnen Formen der gonorrhoischen Exantheme nicht mehr aufrecht erhalten. Arning und Meyer-Delius u. a. haben auch nach ihm verschiedentlich betont, daß sich die hyperkeratotische Exanthemgruppe nicht von den übrigen Exanthemarten trennen läßt, und daß sich alle Übergänge vom erythematösen zum vesikulösen-bullösen und pustulösen und schließlich zum hyperkeratotischen Exanthem bei demselben Patienten feststellen lassen, und daß es somit nur verschiedene Ausbildungsstadien ein und derselben Ätiologie und Erkrankungsform sind, so daß es angebracht wäre, in Zu-

Digitized by Google

kunft die Klassifizierung überhaupt fallen zu lassen und von einem einheitlichen Exanthem nur mit verschiedenen Symptomen zu sprechen.

Was die oben erwähnte Lokalisationsfrage angeht, so scheinen nach den Literaturangaben, die z. T. nur recht ungenau sind, die auf Hände und Füße lokalisierten die disseminierten Fälle zu übertreffen. Des weiteren ist für unsere späteren Beobachtungen von Wichtigkeit, daß, abgesehen von der circinären Balanitis, exanthematöse Erscheinungen an und um das Genitale nur in wenigen Fällen (Haase, Stanislawski, Buschke und Michael, Sobotka) beobachtet sind. Die Frage der dem gonorrhoischen Exanthem entsprechenden Schleimhauterscheinungen ist wiederholt angeschnitten worden; bisher haben aber nur Stanislawski und neuerdings Frei den Hauterscheinungen entsprechende Plaques auf der Mund- und Rachenschleimhaut feststellen können.

Bevor wir auf alle übrigen Beobachtungen, die mit dem gonorrhoischen hyperkeratotischen Exanthem in Zusammenhang stehen, eingehen, sei in den wichtigsten Punkten der von uns beobachtete Fall beschrieben:

21jährige Frau G. H., Arbeiterin. Familienanamnese o. B. Pat. selbst ist früher stets gesund gewesen, 2 Partus (1920 und 1921) gesunder Kinder. Geschlechtskrankheiten werden negiert.

Die jetzige Erkrankung begann im März 1922 mit Schwellung und Schmerzen in den Fuß- und Kniegelenken. Sie wurde daher antirheumatisch behandelt, wodurch die Beschwerden anfänglich zurückgingen, aber die Knie unter Abschwellen und Nachlassen der Schmerzen im Winkel versteiften. Anfangs fieberte Pat., aber das Fieber hörte bald auf, seither immer normale Temperaturen. Wegen gleichzeitiger Abszesse an den Labia mojora — wahrscheinlich Bartholinitis — beiderseits die Labia inzidiert. Während der Gelenkbehandlung im Krankenhaus Friedrichshain trat Mitte April 1922 zuerst an den Füßen ein Ausschlag auf, der mit kleinen Pickeln begann und sich zu größeren Hornflächen ausbreitete; der Ausschlag dehnte sich auch auf den Bauch, hier besonders den Nabel, unter die Brüste und in die Achselhöhlen aus. Im Anschluß an die Abszeßinzision am Genitale breitete sich hier flächenförmig ein Ausschlag um das Genitale aus. Pat. wurde am 27. April 1922 daher auf die dermatologische Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses verlegt.

Befund: Grazile, stark abgemagerte und schwächliche Frau. Innere Organe und Nervensystem o. B.

Gelenke: Beide Kniegelenke werden in einem Winkel von etwa 150° gebeugt gehalten und sind beide etwas verdickt, ohne daß ein Erguß nachzuweisen ist. Während eine weitere Beugung passiv bis zu einem Winkel von etwa 90° möglich ist, können die Beine weder aktiv noch passiv gestreckt werden. Die Muskulatur beider Beine weist eine ziemlich erhebliche Atrophie auf. Die übrigen Gelenke, insbesondere auch die Fußgelenke, sind frei und gut beweglich.

Haut: Zeigt am ganzen Körper eine wesentliche bräunliche Pigmentierung, sie ist im allgemeinen gut elastisch, Fettpolster gering. Außer den zu beschreibenden Erscheinungen Haut unverändert. In beiden Achselhöhlen finden sich symmetrisch und in gleicher Ausdehnung und Anordnung, z. T. in etwa einmarkstückgroßen unregelmäßigen Flecken, z. T. konfluierend, bräunliche, nicht infiltrierte, mit feinen silbergrauen Schuppen bedeckte Effloreszenzen. Ähnliche, nur ein wenig mit Krusten belegte Erscheinungen zeigen sich beiderseits wiederum ganz symmetrisch unter beiden Brüsten, hier aber in Form je eines ovalen, größeren im Übergangswinkel zwischen Mamma und Brustkorb liegenden Herdes, um den zahlreiche kleine, teils mit Schuppen, teils mit Krusten bedeckte Herde ausgestreut sind. In dem Hauptherd findet sich beiderseits eine zentrale Abheilung unter gleichzeitiger Rückbildung des Infiltrats, so daß die Herde einen mehr circinären Eindruck machen. Zahlreiche ähnliche Stellen wie auf der Brust sieht man auf dem Bauch bis herab in die Schamgegend, auch hier ausgesprochen in symmetrischer Anordnung.

Der Nabel (s. Tafel) ist von einem ihn ganz ausfüllenden, etwa $^1/_2$—$^3/_4$ cm hohen, geschichtet aussehenden festsitzenden Hornkegel eingenommen, dessen Umgebung keinerlei entzündliche Reaktion aufweist.

Digitized by Google

Das Genitale (s. Tafel) zeigt bis herunter zum After und um diesen herum, des weiteren von den Labien auf die Innenfläche der Oberschenkel übergehend auf gerötetem, aber kaum infiltriertem Grund ausgedehnte, schuppende und krustöse Beläge, die aber nicht, wie an dem übrigen Körper, einzelne kleinere und größere Herde bilden, sondern aus einer zusammenhängenden Masse bestehen. Unter den leicht abhebbaren Borken liegt das gerötete Rete frei, ohne wesentliches Nässen aufzuweisen. Die Genitalschleimhaut ist frei von exanthematösen Erscheinungen.

Die stärksten Veränderungen finden sich an beiden Füßen, am rechten etwas ausgedehnter als am linken. Die hauptsächlichsten Herde sitzen an den Hacken, an den Ballen und den Zehen, an denen sie auch unter die Nägel dringen, und besonders auch auf der Dorsal- und Innenseite der Füße. Man kann hier zwei verschiedene Formen unterscheiden: 1. Plateauartige Effloreszenzen, die sich deutlich aus mehreren übereinander liegenden austernschalenartigen Schichten aufbauen und miteinander zu größeren Platten konfluieren, und 2. kegelartige kleinere und größere Herde, die vielfach in ihrem Zentrum eine Pustel aufweisen, in deren Innern sich aber weder Eiter noch Flüssigkeit, sondern eine weißliche, aus Zelldetritus bestehende Masse findet. In den großen plateauartigen Herden, die z. T. einzelne Zehen völlig überziehen und eine Dicke von gut $^1/_2$ cm aufweisen, finden sich vielfach wie ausgehöhlte, aber ganz trockene Substanzverluste innerhalb der Hornschicht, aber niemals bis auf das darunter liegende Rete reichend. Die Hornschichten lassen sich von der Unterlage nicht abheben.

Um eine luetische Affektion, an die an anderer Stelle gedacht wurde, gänzlich auszuschließen, wurde WR und SGR gemacht, die negativ ausfielen; und in dem perigenitalen Exanthem haben wir nach Abhebung der Krusten nach Spirochäten gesucht, ohne jemals welche zu finden.

Aber auch der Gonokokkennachweis in Urethra, Zervix und Rektum war anfänglich wiederholt negativ, und erst im Verlaufe der Behandlung konnten in mehreren Zervix-Präparaten einwandfrei Gonokokken nachgewiesen werden. Weder im Ausstrich noch in den Kulturen aus dem Inhalt der kleinen Pusteln noch im Schnitt der probeexzidierten Hautstellen konnten Gonokokken nachgewiesen werden. Probeexzision: histolog. Befund s. unten.

8. Juni 1922. Unter unserer Beobachtung hat sich das Exanthem weiter ausgebreitet, es sind an den Füßen neue, kleine, zentral pustulöse Hornkegel entstanden, die sich langsam vergrößerten, daneben an den Füßen, an den Unterschenkeln und am Stamm blaurötliche, nicht das Hautniveau überragende Flecke mit feinen silbergrauen Schuppen und leichten Krusten bedeckt.

Auf eine intravenöse Gonovakzineinjektion (0,2 frische Vakzine) starke Temperatursteigerung und Allgemeinreaktion, Schmerzen in beiden Kniegelenken, leichte Rötung des Exanthems an fast allen Stellen. Diese Reaktion ist nach zwei Tagen abgeklungen.

11. Juni 1922. Drei Tage nach der Vakzineinjektion stellt sich, beginnend mit einer Eruption an der Unterlippe, ein ausgedehnter Herpes ein, mit Herden auf der Stirn, der linken Wange, am Kinn, der rechten Halsseite, über der rechten Klavikula und auf beiden Unterarmen mit gleichzeitigen regionären Drüsenschwellungen.

Die Herpesherde heilen mit Narbenbildung ab, doch zeigen sich überall auf den Narben kleine hornkegelartige Verdickungen, die erst im Laufe der Zeit verschwinden.

Juli 1922. Nach anfänglicher weiterer Ausdehnung der Horn-Effloreszenzen an den Füßen und am Nabel sind unter Bäder- und Salbenbehandlung überall die Hornkrusten und Schuppen geschwunden und an ihrer Stelle findet sich eine bräunliche, fleckförmige resp. zu großen Flächen konfluierende Pigmentierung. Der Herd um das Genitale ist, ohne Veränderungen zu hinterlassen, abgeheilt. Die großen Herde unter den Brüsten wiesen anfangs bei zentraler fortschreitender Abheilung peripher eine Weiterausbildung der exanthematischen Stellen auf, um aber schließlich auch mit geringer Pigmentierung zu schwinden. Die übrigen Herde auf Brust und Bauch haben sich alle zurückgebildet. Nur an den Unterschenkeln traten neben den mit leichter Pigmentierung abheilenden Herden noch immer wieder neue, kleine, schuppende Flecke auf. Die Nägel glanzlos, brüchig, verdickt, von Rissen durchzogen.

Der Gelenkbefund ist unverändert. Röntgenologisch zeigt sich an beiden Knien eine starke Verengerung des Spaltes auf der Innenseite und weniger auf der Außenseite, und am rechten Knie im Gebiet des hinteren Teils der Gelenkkapsel strangförmige Verkalkungen.

August 1922. Das hyperkeratotische Exanthem ist ganz geschwunden und hat nur an den Füßen die vorher erwähnten Pigmentierungen hinterlassen. Es ist ver-

Digitized by Google

schiedentlich Milch und Vakzine injiziert worden, ohne daß nochmals eine Reaktion in dem abklingenden Exanthem oder eine ähnliche Herpeseruption wie nach der 1. Vakzineinjektion erfolgte. Der Gelenkprozeß ist trotz orthopädischer Behandlung unverändert geblieben. Es wird daher auf den Vorschlag von Professor Dr. Mühsam eine Streckung in Narkose vorgenommen mit nachfolgendem Gipsverband. In wiederholten Urethral-, Zervix- und Rektalausstrichen Gonokokken negativ. Die Gonorrhoe war antiseptisch behandelt worden.

September-Oktober 1922. Auf der Haut haben sich keinerlei neue Erscheinungen mehr gezeigt, die pigmentierten Stellen an den Füßen blassen ab. Die Nägel wachsen wieder normal nach.

Die Beine sind fast völlig gestreckt, können in mäßigem Umfange aktiv bewegt werden. Langsamer Beginn mit Gehübungen. Bäder, Massage und Bewegungstherapie.

November-Dezember 1922. Haut unverändert. Pat. ist imstande, herumzugehen und leichte Stationsarbeit zu verrichten. Die Muskulatur wird kräftiger. Allgemeinbefinden bedeutend gebessert.

Eine Röntgenaufnahme zeigt, daß die Verkalkungen im Gebiet der rechten Kniegelenkkapsel noch fortbestehen. In wiederholten Ausstrichen sind Gonokokken nirgends mehr gefunden worden.

Ergebnis der Probeexzision: Es wurde eine mäßig verhornte Stelle auf dem Fußrücken exzidiert. Gonokokken sind in zahlreichen Serienpräparaten niemals gefunden worden. Histologisch fand sich dasselbe Resultat, wie es von früheren Untersuchern wiederholt und eingehend beschrieben ist.

Auch in diesem Falle handelt es sich, wie es von Buschke und Michael, Sobotka, Chauffard u. a. bereits beschrieben ist, um eine ausgedehnte Papilloepidermitis. Papilläre und subpapilläre Infiltrate von zum Teil großer Ausdehnung, bestehend aus Leukozyten, Lymphozyten und Plasmazellen. Zum Teil dringen die Infiltrate auch in die Epidermis ein und liegen in Strängen und Haufen zwischen den Zellen, daneben findet sich ausgedehntes Ödem. Rete zum Teil in Zapfen in die Tiefe gewuchert, zum Teil von kleinen mit Leukozyten und Detritus gefüllten Bläschen durchsetzt. In dem exzidierten Stück des Stratum granulosum vielfach verdünnt und — wo vorhanden — von Rundzellen durchsetzt, vielfach fehlt es und an seiner Stelle finden sich ausgedehnte parakeratotische Auflagerungen.

Es handelt sich also hier um einen jener seltenen Fälle, in denen eine an gonorrhoischer Arthritis erkrankte Frau ein ausgedehntes disseminiertes Exanthem bekommt, das von selbst abheilt. Neben den hyperkeratotischen, zum Teil austernschalen-, zum Teil kegelförmigen Herden finden sich alle Übergänge zu dieser Form von erythematösen und vesikulösen Effloreszenzen. Auch von Buschke und Michael, Arning und Meyer-Delius, Sobotka u. a. ist wiederholt darauf hingewiesen worden, daß die einzelnen Exanthemgruppen nicht scharf gegeneinander abzugrenzen sind, sondern daß alle möglichen Übergänge zueinander vorkommen. Auch histologisch haben Sobotka, Arning und Meyer-Delius, Buschke und Michael zeigen können, daß sich in den verschiedenen Stadien Übergangsformen zueinander finden.

Als besonders interessant in dem Verlauf des Exanthems sei auch nochmals besonders die perigenitale Lokalisation hervorgehoben, die schmetterlingsartig von den Labien ausgehend über die perigenitale und perianale Region nach den Seiten gleichmäßig fortkriechend sich

Digitized by Google

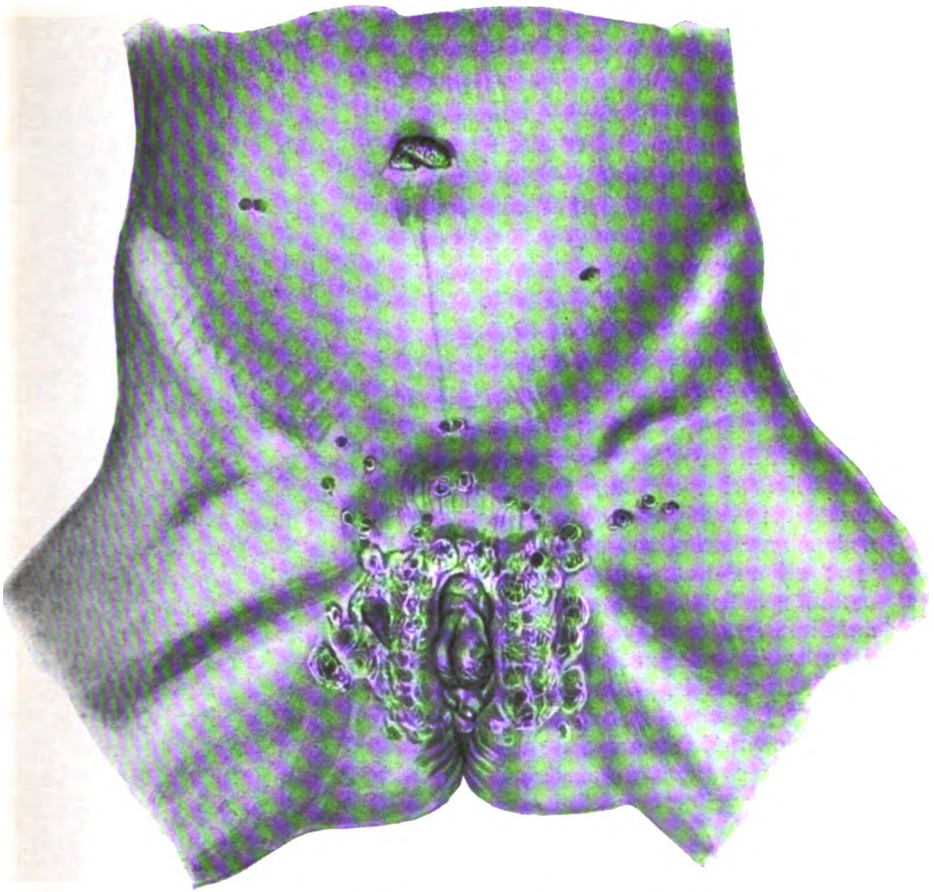
ausbreitete. Auch von anderen Autoren (Haase, Buschke und Michael, Sobotka u. a.) liegen bei den bei Männern beobachteten Exanthemen ähnliche Befunde vor, in denen sich das Exanthem über die Penishaut, den Hodensack, auf die Perianalgegend und bis herauf in die Schambehaarung ausdehnte. Jedoch darf man wohl nicht diese Ausbreitungsart mit jener Form in Vergleich bringen, die als Balanitis circinata beschrieben ist und nach Angabe der Autoren stets von Gelenk- und Augenerscheinungen begleitet ist (Arning und Meyer-Delius, Sobotka u. a.). Die Balanitis circinata wird als eine besondere Form des gonorrhoischen Exanthems beschrieben und soll auch aus einem vesikulösen Stadium hervorgehen. Ähnliche Erscheinungen im Präputialsack der Klitoris sind bisher nicht festgestellt. Bei dem perigenitalen Exanthem müßte man natürlich die Frage ventilieren, ob es auf demselben Wege wie die am übrigen Körper vorhandenen Erscheinungen oder aber vom Genitale aus fortgeleitet entstanden ist, zumal seine Entstehung angeblich mit den Inzisionen an den Labien zusammenfällt, so daß man an eine Weiterausbreitung der Erkrankung innerhalb des Lymphgebietes denken könnte; was außerdem für die letztere Annahme spräche, ist das von den Labien beginnende, zirkuläre, peripherwärts gerichtete Fortkriechen der Hauterscheinungen. Immerhin eine sichere Entscheidung über das Zustandekommen dieser Lokalisation zu fällen, ist nicht möglich.

Ist das Krankheitsbild in seinem klinischen Aussehen und in seiner histologischen Darstellung so gut wie geklärt, so sind doch bezüglich der Ätiologie über den Zusammenhang mit der frischen respektive alten latenten Gonorrhoe das meist einheitliche Bild des Nebeneinanderhergehens von Haut- und Gelenkerkrankungen und schließlich auch bezüglich des Vergleichs mit anderen ähnlichen Haut- und Gelenkerkrankungen zahlreiche Fragen offen, zu deren weiterer Klärung jeder neue Fall beitragen dürfte.

Es ist selbstverständlich, daß zur Diagnosestellung zunächst als sicher Arzneiexantheme, toxisch-septische Hautausschläge u. a. ausgeschlossen werden müssen. Auch die Abgrenzung gegen sekundäre psoriasiforme Syphilide dürfte für den, der gonorrhoische Exantheme kennt, nicht schwer sein, zumal man bei der Lues niemals das Infiltrat vermissen wird, das die Effloreszenzen umgibt; hinzukommt, daß hier neben dem Adspekt auch noch Untersuchung auf Spirochäten und WR maßgebend sind. Die Differentialdiagnose mit Psoriasis sei später besprochen.

Für den ursächlichen Zusammenhang mit der Gonorrhoe sprechen zunächst einmal die wenn auch vereinzelten Fälle, bei denen im Blut respektive in den Hauteffloreszenzen Gonokokken oder gramnegative Diplokokken gefunden sein sollen. Löhe beschrieb bei einem herpetiform aussehenden gonorrhoischen Exanthem in einer Abszeßhöhle diplokokkenähnliche Gebilde, die er aber nicht mit Sicherheit als Gonokokken bezeichnen wollte, während in Hautherden sowohl Wadsack wie auch neuerdings Gager gramnegative Diplokokken festgestellt haben wollen. Hodara und seine Mitarbeiter konnten im Ausstrich aus einem Hautherde, ebenso im Blut gramnegative Diplokokken nachweisen, und Scholtz ist es gelungen, im Eiter aus einem Abszeß, der von einem gonorrhoischen

Digitized by Google



Exanthem um die Vulva und am Nabel und Bauch.

Digitized by Google

Digitized by Google

Exanthem ausging, Gonokokken nachzuweisen. Wenn es auch nur einzelne Fälle sind, so stellen sie doch für die Zugehörigkeit der Exantheme zum gonorrhoischen Prozeß Beweisstücke dar, so daß man hiernach mit einer über den Körper generalisierten Ausschwemmung von Gonokokken rechnen müßte. Immerhin scheint es merkwürdig, daß bei der jetzt doch schon verhältnismäßig großen Zahl von diesbezüglichen Untersuchungen nur in so wenigen Fällen anscheinend Gonokokken gefunden sind, so daß man, wenn man diese Befunde auch für die bakterielle Ätiologie bucht, andererseits mit der Bewertung recht vorsichtig sein muß. Als Gegenbeweis gegen die gonorrhoische Ätiologie der Exantheme könnte und wird vielfach angeführt, daß die gleichen Erscheinungen auch ohne Gonorrhoe auftreten, wofür die Fälle von Lannois, Baermann und Buschke als Beweis angeführt werden. Es ist daher angezeigt, auf diese drei Fälle hier näher einzugehen, um zu beleuchten, inwieweit sie mit unseren heutigen Anschauungen übereinstimmen. Der älteste Fall, der von Lannois beschrieben ist, stellt einen Mann dar, der bereits seine fünfte Gonorrhoe akquiriert hat, die letzte vor einem Vierteljahr. Zur Zeit der Arthritis und des Hautexanthems wurden keine Gonokokken, sondern Kolibazillen in der Harnröhre gefunden. Baermann bezeichnet seinen Fall selbst als recht unsicher, möchte ihn aber nicht ohne weiteres zu den gonorrhoischen Erkrankungen rechnen. Vor sieben Wochen war ein klinisch typischer Tripper festgestellt, nur war von dem behandelnden Arzt kein Abstrich gemacht worden, und während der Beobachtung hatte Baermann nur Xerosebazillen finden können. In dem Buschkeschen Falle schließlich lag die Gonorrhoe sieben Jahre zurück, und es wurde eine Zystitis festgestellt, bei der kulturell diphtheroide Stäbchen und Staphylococcus pyogenes aureus gefunden wurden. Wir können nach unserer heutigen Stellungnahme bezüglich der gonorrhoischen Latenz es mit einer großen Wahrscheinlichkeit ablehnen, diese Fälle besonders zu klassifizieren. In unserem Vortrage auf dem Hamburger Dermatologen-Kongreß 1921 und an anderer Stelle haben wir wiederholt betont, daß wir an eine eventuelle sich auch sehr lang hinziehende Latenz der Gonokokken glauben, und es für möglich halten, daß bei irgend einer Gelegenheit aus den Gonokokkendepots die Gonokokken ausgeschwemmt werden und akute Erscheinungen machen; und auch neuerdings ist Delbanco energisch für die von uns seinerzeit bezüglich der Latenz aufgestellte Anschauung eingetreten. Diese Annahme dürfte sowohl für die Fälle von Lannois und Baermann wie auch für den von dem einen von uns (Buschke) seinerzeit beschriebenen zutreffen, denn in den zwei Fällen lagen die akuten gonorrhoischen Erkrankungen nur kurze Zeit, in dem Buschkeschen Falle allerdings bereits sieben Jahre zurück. Aber wir selbst haben an anderer Stelle u. a. eine arthritische gonorrhoische Affektion beschrieben, die unter unserer Beobachtung anläßlich einer akuten Erkrankung im Krankenhaus entstanden ist, und deren Ursprungsherd auch seit sieben Jahren latent im Körper schlummerte. Aber auch bezüglich der Entstehung der Hautexantheme bei latenter Gonorrhoe würden wir mit dieser Ansicht nicht allein dastehen, denn Malherbe beschreibt schon 1900 einen Fall von multipler Arthritis und Hyperkeratosen, die anläßlich einer Bougierung

Digitized by Google

einer alten Striktur bei einem 29jährigen Manne, der schon viermal an Gonorrhoe gelitten hatte, entstanden sind und schon in derselben Weise bei der ersten vor 15 Jahren überstandenen Gonorrhoe aufgetreten waren. Und Bogrow führt die Krankheitsgeschichte eines Mannes an, der zwei Jahre nach einem akuten Tripper mit Arthritis und Konjunktivitis angeblich ohne Ursache an neuen Erscheinungen, die mit einem gonorrhoischen Exanthem diesmal einhergingen, erkrankte. Man könnte uns bei dem Falle Malherbes entgegenhalten, dies wäre nur eine Stütze für die Lewinsche Reiztheorie. Im Gegenteil, wir möchten den umgekehrten Schluß ziehen. Für einen jeden von uns ist es etwas gänzlich Alltägliches, daß durch das Bougieren alter Strikturen latente Herde neu zum Aufflackern gebracht werden können. Und warum sollte in solchen Fällen nicht genau so wie andere akute Erscheinungen und Komplikationen sich ausbilden können, auch mal eine so seltene Komplikation wie ein gonorrhoisches Exanthem entstehen. Darum sind wir der Ansicht, die u. a. ja auch Rost teilt, daß in einzelnen Fällen die akuten Erscheinungen Monate und Jahre zurückliegen können, so daß es aus irgend einem im Körper an irgend einer Stelle befindlichen schlummernden Gonokokkenherd heraus zu einem erneuten Aufflackern und neben anderen Erscheinungen zum Ausbruch eines Exanthems kommen kann. Und unter diesem Gesichtspunkte müssen wir unsere Ansicht über die von einer nicht gonorrhoischen Urethritis ausgehenden Exantheme revidieren und können sagen, daß in jedem Falle, wo in der Anamnese sich eine mehr oder weniger lange zurückliegende Gonorrhoe findet, man einen ätiologischen Zusammenhang zwischen latenter Gonorrhoe und Hauterscheinungen anzunehmen genötigt ist. So dürfte die Gonorrhoe als ein ätiologischer Faktor bei der Ausbildung der Exantheme als gesichert anzusehen sein, kommt doch noch hinzu, daß in den meisten Fällen angegeben wird, daß es sich um Patienten mit bereits mehrmals akquirierten Gonorrhoen handelt und andererseits die recht wesentliche, vielfach bemerkte Tatsache, daß jeder neue Gelenkschub einen neuen Exanthemausbruch resp. eine weitere Ausdehnung des Exanthems zur Folge hat (Roark, Fiessinger, Chauffard und Fiessinger u. a.). Die Annahme von Chauffard und Fiessinger, daß eine Hautdisposition in dem Sinne notwendig ist, daß durch Mazeration des Epithels infolge äußerer Einflüsse (Unreinlichkeit, Verbände usw.) erst eine Vorbedingung für das Exanthem geschaffen werden muß, dürfte nicht völlig zutreffen, da ja zahlreiche Fälle unter sehr sauberen und guten hygienischen Verhältnissen innerhalb der Krankenhausbehandlung beobachtet werden. Auch ihr Uhrglasversuch ist zwar interessant, aber von diesem Gesichtspunkte aus abzulehnen. Wir werden auf diesen Versuch noch weiter unten zurückkommen. Ist aus all dem Gesagten die gonorrhoische Ätiologie als ein Faktor für die Ausbildung der Hauteruption sicher, beweisen auch die Funde gramnegativer Diplokokken, daß vielleicht in einem Teil der Fälle die Bakterien direkt die auslösende Rolle spielen, so kann man andererseits es auch nicht von der Hand weisen, ob nicht auch durch freigewordene Toxine die Hauterscheinungen bedingt sein können.

Digitized by Google

Jedoch es erscheint geradezu als selbstverständlich, daß nicht allein die toxische respektive vielleicht in manchen Fällen die bakterielle Ätiologie allein zur Erklärung dieser Hauterscheinungen genügt. Denn wäre es nur dies, so müßte man die gonorrhoischen Exantheme viel häufiger beobachten, als sie in Wirklichkeit vorkommen. So muß noch ein anderes Moment, das unter Umständen noch wesentlich ist, zur Klärung der Ätiologie herangezogen werden. Wenn wir auch die Ansicht Jeanselmes, die auch Jaquet und Ghika vertreten, nicht für gesichert, wenn auch diskutabel halten, daß die Hauterscheinungen durch trophische Störungen infolge einer auf den Gonokokken respektive den Toxinen beruhenden Rückenmarksaffektion bedingt sind, so können wir keineswegs diesen Gedankengang heute mehr so ganz als historisch ablehnen. Wir müssen gestehen, daß wohl auch hierin, wenn auch vielleicht unbewußt, etwas Richtiges ruht. Gewiß erscheint es uns wahrscheinlich, wie wir ja auseinandergesetzt haben, daß die Gonokokken respektive ihre Toxine, direkt die Hauterkrankung hervorrufen, aber dies dürfte nicht möglich sein, ohne daß eine lokale oder allgemeine Disposition dafür geschaffen ist, die gerade bei bestimmten Patienten eine Erkrankung in bestimmter Richtung, nämlich eine Hyperkeratose veranlaßt. Die Uhrglasversuche von Chauffard und Fiessinger sprechen dafür, daß es sich um eine Veranlagung des Hautorgans handelt. Unserer Ansicht nach kam es nicht bei diesem Versuche darauf an, von außen her eine Läsion des Epithels zu schaffen, denn der bei unserem Fall aufgetretene Herpes, dessen Bläschen überall mit Verhornung abheilten, ist der beste Beweis dafür, daß eine Neigung der Haut zur Verhornung vorhanden sein muß, und daß es nur eines irgendwie gearteten Reizes bedarf, um die Verhornung auszulösen. Mit Sklarz und Bettmann stimmen wir darin ganz überein, daß nicht eine bestimmte Erkrankung als solche den Ausschlag gibt, sondern daß das wichtige Moment die Neigung der Haut zu bestimmter Reaktionsform ist. Es können auf ein und dasselbe Organ, hier die Haut, die verschiedensten äußeren und inneren Reize ausgeübt werden und es wird diese stets anstreben, mit demselben Ergebnis zu antworten, während andererseits es natürlich nicht zwangsläufig ist, daß nun ein jeder Reiz auch ein solches Resultat hervorrufen muß, da er in einem Stadium das betreffende Organ oder den Organismus treffen kann, in dem dieses sich gewissermaßen reaktionslos verhält. Es erscheint uns nach unseren heutigen Anschauungen als recht gesichert, daß wir immer mehr von dem Gedanken einer Spezifität der Exantheme abrücken müssen, so daß es sich vielfach bei den verschiedensten Erkrankungen um eine gleichartige Reaktion einer gerade für die betreffende Reaktionsart disponierten Haut auf die verschiedensten Reize handelt. Wir möchten hier nur an die Arbeiten über Lichen ruberähnliche Salvarsanexantheme von Buschke und Freymann und an die Ausführungen Sklarz' über die Unspezifität der Exantheme erinnern. Im Grunde genommen muß man sagen, daß die Art der Haut auf Krankheitsbedingungen verschiedenster Art zu reagieren, schon mit dem Keim angelegt ist, daß wir es mit einer Konstitution der Haut im Sinne des Hartschen Konstitutionsbegriffes zu tun haben, der die Konstitution als Anlage bezeichnet, womit er zum Aus-

Digitized by Google

druck bringen will, daß die besondere Eigenart des Individuums respektive in unserem Falle eines Organs zwar im Keim angelegt ist, aber erst im Laufe der Entwicklung in Erscheinung zu treten braucht. So können wir wohl sagen, daß die Haut unter Berücksichtigung ihrer einmal überkommenen Konstitution im allgemeinen bemüht ist, auf sie einwirkende Reize ihrer eigenen Reaktionseigenart anzupassen. Es ist andererseits auch möglich, daß bestimmte Einflüsse während des Lebens der Haut gewisse Reaktionsweisen verleihen, eventuell auf dem Umwege der endokrinen Drüsen und — besonders — des vegetativen Nervensystems. Dies führt uns aber dazu, daß wir bei dem hyperkeratotischen gonorrhoischen Exanthem sagen müssen, daß es weniger auf den gonorrhoischen Reiz ankommt, denn dieser wird von dem Hautorgan eines nicht derartig eingestellten Individuums gar nicht mit einer Erkrankung beantwortet werden, sondern daß es bei diesen Personen die Haut als solche ist, die auf irgend einen Reiz von bestimmter Stärke mit bestimmt gearteten Krankheitserscheinungen antwortet. So müssen wir hier nur die Frage aufwerfen und zu klären versuchen, in welchem Verhältnis das gonorrhoische hyperkeratotische Exanthem zu anderen ähnlichen Erkrankungen steht. Erwähnt sei hier nur die Eigenart mancher Menschen auf Darreichung von Arsen und Salvarsan mit Hyperkeratosen an Handtellern und Fußsohlen zu erkranken; auch sei darauf aufmerksam gemacht, daß Thibierge und Weissenbach einen Fall beschrieben haben, in dem ein Mann, der vorher eine Bleivergiftung gehabt hat, an Hyperkeratosen der rechten Hand und psoriasisartigen Nagelveränderungen an derselben Hand erkrankte. Auch im Verlaufe der Lues gibt es doch eine gewisse Zahl von Patienten, deren Haut auf den Reiz des Kontagiums hin mit psoriasiformen Erscheinungen reagiert. All dies sind Beweisstücke dafür, daß eben auf die verschiedensten Reize dazu disponierte Haut in ganz bestimmter Richtung den Reiz zur Erkrankungsform umzubauen scheint. Aber die unserem Krankheitsbilde nächststehende Erkrankung ist die Psoriasis arthritica, und es wird auseinanderzusetzen sein, inwieweit diese beiden Bilder parallel gehen. Dasjenige, was beiden die besondere Ähnlichkeit verleiht, ist, daß sie beide gleichzeitig mit schweren Gelenk- und Hauterkrankungen einhergehen, so daß man den Eindruck hat, es muß hier irgend ein Umstand vorliegen, der in beiden Fällen zur gleichzeitigen Erkrankung von Haut und Gelenken geführt hat. Müßig scheint uns, zu erforschen, ob die Gelenke erst und dann die Haut erkrankt sind oder ob dies in umgekehrter Reihenfolge geschehen ist, denn unserer Ansicht nach bedingt nicht das eine die Erkrankung des anderen, sondern es muß für beide eine gleichförmige auslösende Ursache vorliegen. Hier dürfte zunächst als recht auffallend erscheinen — und bei der großen Zahl beobachteter Fälle kann es sich um keinen Zufall handeln —, daß sowohl die Psoriasis arthritica (Waelsch, Adrian), wie auch das gonorrhoische Exanthem mit Arthritis (Arning und Meyer-Delius) in der Hauptsache Männer befällt, während andere chronische Gelenkerkrankungen, speziell die Arthritis deformans, sich in der Hauptsache bei Frauen finden. Diese sichergestellte Tatsache scheint doch darauf hinzuweisen, daß es sich bei diesen beiden verschiedenartigen Erkrankungskomplexen um Einflüsse handelt, die durch das Geschlecht bedingt sind. So

Digitized by Google

hat auch Heinrich Curschmann für die Arthritis deformans, die er hauptsächlich bei klimakterischen Frauen fand, angenommen, daß der Ausfall der Ovarialfunktion eine ausschlaggebende Rolle spielt. Deusch hat erst kürzlich diese Ansicht aus der Hans Curschmannschen Klinik erneut bestätigen können und weist darauf hin, daß in zahlreichen Fällen aus der Literatur ein Zusammenhang zwischen Funktionsstörung der Schilddrüse und Gelenkerkrankung angenommen wird (Kocher, Falta, Williaminoff), und daß man unter dem Einfluß einer Schilddrüsentherapie wesentliche Besserungen beobachtet haben will (Brugsch, Rotschild und Lèvy). Ob und wieweit man auch bei psoriatischen und hyperkeratotisch gonorrhoischen Gelenkerkrankungen von einem endokrin bedingten Einfluß sprechen kann, wird noch zu erwägen sein. Jedenfalls sicher ist, daß die Gelenkerkrankungen in beiden Krankheitsformen einander sehr ähnlich verlaufen, so daß auch Darier schon 1903 ohne Kenntnis der gonorrhoischen Dermatosen darauf hinwies, daß zwischen der psoriatischen und gonorrhoischen Arthritis eine eigenartige Ähnlichkeit besteht. Bei beiden ist eine ausgesprochene Neigung zu einer deformierenden Gelenkerkrankung vorhanden, wenn auch die psoriatische meist mehr zu Ankylosen zu neigen scheint. Ähnlich anderen chronischen Gelenkerkrankungen kann es aber auch, was unser Fall neuerdings wieder zeigt, zu Kalkablagerungen in den Gelenkkapseln kommen. Alle Beobachter stimmen des ferneren darin überein, daß mit einer Verschlimmerung der Arthritis auch die Exantheme stärker werden und an Ausdehnung wie auch an Form zunehmen. Desgleichen ist im allgemeinen mit den Rezidivieren der Gelenkerkrankung auch ein Neuausbruch des Exanthems zu verzeichnen. Betrachtet man aber erst bei beiden Erkrankungen die Exanthemformen als solche, so tritt der gleichartige Verlauf noch viel stärker hervor. Makroskopisch finden sich bei beiden häufig die austernschalenartigen Hornauflagerungen, die auch bei der Psoriasis von dem für sie bezüglich der gewöhnlichen typischen Effloreszenzen eigenartigen Verlauf meist abweichen, und die gerade an Händen und Füßen einen solchen Bau zeigen, wie er für die gonorrhoischen Hyperkeratosen als typisch gilt (Adamson). Auch bei der Psoriasis finden sich einesteils die pustelartigen Gebilde im Verlaufe der hyperkeratotischen Veränderungen, ohne daß man gewöhnlich in ihnen, wie bei dem gonorrhoischen hyperkeratotischen Exanthem Eiter resp. Flüssigkeit nachweisen kann, sondern in denen sich eine weißliche Masse aus mehr oder weniger degenerierten Epithelien findet (Falk, Bernhard und Drozdrowicz). Des weiteren finden sich auch bei der Psoriasis arthritica Exanthemschübe, in denen sich alle Übergänge vom vesikulösen zum pustulösen und zum rupioiden Endstadium beobachten lassen (Hoffmann). Hierzu kommt, daß eine histologische Entscheidung zwischen beiden Formen meist nicht möglich ist, da sich mikroskopisch völlig identische Krankheitsbilder ergeben (Jadassohn, Adamson). Die Ähnlichkeit des Krankheitsverlaufes geht sogar so weit, daß auch nach Jadassohn bei schwerer arthritischer Psoriasis Augenentzündungen vorkommen, wie sie von Arning und Meyer-Delius für die gonorrhoische exanthematöse Arthritis beschrieben sind und auch der Balanitis circinata ähnliche Symptome hat neuerdings Hoffmann in Form von Erosionen auf Eichel

Digitized by Google

und Vorhaut mitgeteilt[1]). Die Analogien zwischen beiden Krankheitsbildern sind so große, daß die differentialdiagnostisch noch in Frage kommenden Gelenkerkrankungen, und zwar die spätsyphilitischen und neurogenen ihnen gemeinsam gegenübergestellt werden können. Besonders Waelsch und Nobl sind hierauf ausführlich eingegangen und haben die einschneidenden klinischen und anatomischen Unterschiede dargelegt, so daß hier nur darauf verwiesen zu werden braucht. Die weitgehende Ähnlichkeit hat aber auch veranlaßt, daß auf die Ätiologie dementsprechende Schlußfolgerungen gezogen werden. Von den gonorrhoischen exanthematösen Erkrankungen weiß man, daß sie nur im Verlaufe der Gonorrhoe vorkommen, und wir haben zu beweisen versucht, daß auch die bei anscheinend nicht gonorrhoischen Urethritiden gefundenen Exantheme nur Fälle darstellen, in denen es sich um schlummernde gonorrhoische Latenz handelt. Welch Schluß wäre daher naheliegender als für die Psoriasis, deren Ursache man nicht kennt, eine ähnliche kausale Noxe anzunehmen. Waelsch, Jadassohn und ebenso Adamson, die sich eingehend mit diesem Thema beschäftigt haben, glauben demnach an eine Infektion resp. infektiös-toxische Ursache. Jadassohn nimmt an, daß ebenso wie bei der Gonorrhoe das exanthematös-arthritische Krankheitsbild von seit langer Zeit latenten Herden ausgehen könne, es sich auch bei der Psoriasis um einen Infektionsherd handeln könne, eventuell auch nur um eine toxische Beeinflussung, durch die die Haut für den „in der Außenwelt möglicherweise weitverbreiteten Psoriasiskeim aufnahmefähig gemacht wird". Wir können diesen Gedankengang hier nicht völlig ablehnen, da wir nicht mit unbedingter Sicherheit das Gegenteil beweisen können, möchten aber nur glauben, daß es sich, wie wir schon vorher auseinandergesetzt haben, auch hier nur um eine von vielen auslösenden Ursachen handeln kann. Wie für die gonorrhoisch-exanthematös-arthritischen Erscheinungen, so ist für die arthritisch-psoriatischen von Adrian eine neuropathische Affektion durch Erkrankung des Nervensystems als auslösende Ursache für die Haut- und Gelenkerkrankungen angenommen worden. Auch diese Hypothese scheint uns ebensowenig gesichert. Dagegen verweisen uns die Versuche, eine traumatische Psoriasis zu erzeugen, auf dasselbe Gebiet, wie wir es schon vorher kurz erwähnt haben. Von Köbner stammen die bekannten Versuche der traumatischen Psoriasis, Bettmann erhielt nach Vakzination, Buschke und Matthison nach Fibrolysiniujektionen, Schönfeld nach Tuberkulininjektionen an den betreffenden Stellen Psoriasiseffloreszenzen. Diese Tatsachen müssen uns doch immer wieder darauf hinlenken, daß es sich wohl um eine Erkrankung handelt, deren Ursprung in einer konstitutionellen Anlage der Haut und der Gelenke gesucht werden muß, so daß man letzten Endes die psoriatische und gonorrhoische exanthematös-arthritische Erkrankung zu den durch eine Keimanlage resp. durch eine später erworbene Disposition bedingten Krankheiten rechnen müßte, und dies allein könnte auch nur

[1]) Ähnliche nur am Penis viele Jahre lokalisierte und häufig erst später von weiteren lokalisierten Effloreszenzen gefolgte sehr hartnäckige Psoriasis hat auch Buschke nicht allzu selten in der Privatpraxis gesehen. Sie wird häufig verkannt.

Digitized by Google

rechtfertigen, daß unter den vielen Gonorrhoikern und Psoriatikern ja doch nur ein recht kleiner Prozentsatz an diesen schweren Symptomen erkrankt. Ob und welche Rolle dabei noch dem endokrinen resp. dem vegetativen Nervensystem, deren Bedeutung für das Hautorgan (Buschke und Peiser, Sklarz) gerade in der letzten Zeit eine viel größere Wichtigkeit zugesprochen wird, spielen, läßt sich schwer entscheiden. Doch hat es den Anschein, als ob das hauptsächliche Befallensein der Männer bei den psoriatischen und gonorrhoischen Haut- und Gelenkerkrankungen, das der Frauen bei den chronisch deformierenden Arthritiden unsere Aufmerksamkeit mehr als vorher auf dieses Moment lenken müßte, wie ja auch der endokrine Einfluß von Curschmann, Williaminoff, Deusch u. a. für die Arthritis deformans bewiesen zu sein scheint. Dieser konstitutionellen Ursache als Hauptmoment stehen als auslösende Noxe endogene und exogene Reize gegenüber. Und hier muß wohl neben den exogenen traumatischen Läsionen, neben nervösen Reizen, wie sie Kreibich für die Psoriasis annimmt und neben Stoffwechselveränderungen, die Schamberg für die Psoriasis verantwortlich macht, die infektiöse und infektiös-toxische Ätiologie sicher bei der Gonorrhoe ausschlaggebend und möglicherweise bei der Psoriasis von Bedeutung sein.

Literatur.

(Es sind außer den zitierten Arbeiten alle über die gonorrhoisch-hyperkeratotischen Exantheme vorhandenen und uns zugänglich gewesenen aufgeführt.)

1. Adamson, The Brit. J. of Derm. and Syph., 1920, S. 173. — 2. Adrian, Mitt. Grenzgeb., 1903, Bd. 11. — 3. Arning u. Meyer-Delius, Arch. f. Derm., 1911, Bd. 108. — 4. Baermann, Arch. f. Derm., Bd. 69, S. 363. — 5. Bernhard u. Drosdrowicz, Derm. Zschr., 1911, Bd. 18. — 6. Bettmann, M. m. W., 1899, Nr. 15; Arch. f. Derm., 1921, Bd. 135. — 7. Bogrow, ref. Derm. W., 1918. — 8. Brault, ref. Derm. W., 1912, S. 436. — 9. Brown u. Davidsohn, ref. Derm. W., 1920. — 10. Brugsch s. Deusch. — 11. Buschke, Arch. f. Derm., 1899, Bd. 48; Hdbch. d. Geschlechtskrkh., 1911, Bd. 2; Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 223. — 12. Buschke u. Freymann, M. Kl., 1921, Nr. 30; Derm. W., 1921, Nr. 36. — 13. Buschke u. Langer, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 138; M. Kl., 1922, Nr. 3. — 14. Buschke u. Matthison, Arch. f. Derm., 1914, Bd. 120. — 15. Buschke u. Michael, Arch. f. Derm., 1914, Bd. 120. — 16. Buschke u. Peiser, Kl. W., 1922, Nr. 20; M. Kl., 1922, Nr. 23. — 17. Buschke u. Sklarz, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 138; D. m. W., 1922, Nr. 46. — 18. Chauffard, Presse méd., 1897; J. des pratic., 1907. — 19. Chauffard u. Fiessinger, ref. Mtsh. f. prakt. Derm., 1909; Ikonograph. derm., Bd. 5. — 20. Curschmann, B. kl. W., 1903, Nr. 33. — 21. Damany, Presse méd., 1897. — 22. Darier, J. des pratic., 1903. — 23. Delbanco, 87. Vers. dtsch. Naturf. u. Ärzte, ref. Derm. W., 1922, Nr. 48. — 24. Deusch, Kl. W., 1922, Nr. 45. — 25. Doble, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1921, Bd. 3. — 26. Douglas, ref. Derm. W., 1912. — 27. Falk, Arch. f. Derm., Bd. 129, S. 299. — 28. Fiessinger, ref. Mtsh. f. prakt. Derm., 1910. — 29. Frei, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1922, Bd. 4. — 30. Gager, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1922, Bd. 4. — 31. Gougerot u. Chara, ref. Derm. W., 1917. — 32. Haase, ref. Derm. W., 1917. — 33. Hart, Konstitution u. Disposition in Ergeb. von Lubarsch-Ostertag, 1922. — 34. Hodara, Osman Bey, Jzet Bey u. Chevkiet Bey, Derm. W., 1912. — 35. Hoffmann, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1922, Bd. 4. — 36. Jadassohn, M. Kl., 1915, Nr. 39/40. — 37. Jaquet u. Ghika s. Buschke, Hdbch. f. Geschlechtskrkh. — 38. Jeanselme, Ann. de Derm. et de syph., 1895, S. 525. — 39. Isaak, ref. Derm. W., 1920. — 40. Köbner s. Grosz, Mračeks Hdbch. d. Hautkrkh., Bd. 2. — 41. Kocher s. Deusch. — 42. Kreibich, Arch. f. Derm., 1917, Bd. 124. — 43. Lange, D. m. W., 1914. — 44. Lannois, Ann. de Derm. et de syph., 1899, S. 978. — 45. Lèvy-Frankel, ref. Derm. W., 1919. — 46. Lewin, Charité Annalen, 1876. — 47. Little,

Digitized by Google

Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1921, Bd. 3. — 48. Little u. Douglas, ref. Derm. W., 1912. — 49. Löhe, Derm. Zschr., 1908. — 50. Malherbe, J. de mal. cutan., 1900, H. 7. — 51. Montpellier, ref. Derm. W., 1918. — 52. Nathan, Arch. f. Derm., Bd. 121, S. 906. — 53. Nobl, Arch. f. Derm., Bd. 123, S. 632. — 54. Roark, ref. Derm. W., 1912. — 55. Robert, Ann. de Derm. et de syph., 1897, S. 1053. — 56. Robin u. Fiessinger, Bull. med., 1911, S. 149. — 57. Rost, Derm. Zschr., 1911, S. 233. — 58. Roth, M. m. W., 1905. — 59. Rotschild u. Lèvy s. Deusch. — 60. Schamberg s. Falk. — 61. Scholtz, Arch. f. Derm., Bd. 49. — 62. Schönfeld, D. m. W., 1913. — 63. Selenew, ref. Derm. W., 1912. — 64. Sequeira, ref. Mtsh. f. prakt. Derm., 1910. — 65. Simpson, ref. Derm. W., 1912. — 66. Simpson u. Barker, ref. Derm. W., 1919. — 67. Sklarz, Derm. W., 1922. — 68. Sobotka, Derm. W., 1912, S. 181. — 69. Stanislawski, Mtbl. f. Urol., Bd. 5, S. 643. — 70. Strandberg u. Hedenius, ref. Derm. W., 1920. — 71. Sutter, Zschr. f. kl. M., Bd. 87, 1/2. — 72. Thibierge u. Weissenbach, Mh. f. pr. Derm., 1911. — 73. Vidal, Ann. de Derm. et de syph., 1893. — 74. Wadsack, Verhdl. d. Charité-Ges., 1906. — 75. Waelsch, Arch. f. Derm., 1910. — 76. Williaminoff s. Deusch. — 77. Williams, The Brit. J. of Derm., 1911.

Aus der dermatologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck (Prof. Dr. Hahn).

Über die Ergebnisse mit einzeitig kombinierter Salvarsan-Hg-Behandlung nach Linser.

Von

Dr. Otto Ebel, Assistenzarzt der Abteilung.

(Schluß.)

Lues-latens-Fälle.

Von 27 Lues-latens-Fällen waren bei Beginn mit Linser-Kuren vorbehandelt:

mit	1	Kur	= 8 Fälle
„	2	Kuren	= 6 „
„	3	„	= 2 „
„	4	„	= 2 „
„	5	„	= 1 Fall

8 Fälle kamen mit WR — zur Durchführung einer Wiederholungskur zur Wiederaufnahme und sind aus diesem Grunde bei der folgenden Zusammenstellung nicht mit aufgeführt.

Die 8 mit einer Kur vorbehandelten Fälle erhielten als 1. Linser-Kur die Menge von 2—3 g Neo; bei Entlassung war bei 6 Fällen WR +, bei 2 Fällen WR —. Von diesen 8 Fällen wurden 7 wieder aufgenommen, 6 mit WR +, davon 4 mit positivem Spirochätenbefund. Die 4 Fälle mit Spir. + erhielten bei der 2. Linser-Kur 3—4 g Neo mit dem Erfolg, daß 2 Fälle mit WR — entlassen wurden. Die anderen Fälle erhielten 2—3 g Neo (darunter 1 zur Sicherheitskur), von denen 2 mit WR — entlassen wurden.

Zur 3. Linser-Kur wurde von den mit 1 Kur vorbehandelten Fällen bisher nur einer zur Sicherheitskur aufgenommen.

Digitized by Google

Von den 6 mit 2 Kuren vorbehandelten Fällen erhielten als 1. Linser-Kur 3 Fälle 1—2 g, 2 Fälle 2—4 g, 1 Fall 3—4 g Neo. Bei einem mit 1,8 g behandelten Fall war die bei der Entlassung noch positive WR nach 7 Monaten ohne Behandlung negativ geworden, ein Fall wies nach 1,8 g Neo WR — auf; die anderen Fälle mußten mit WR + entlassen werden.

Zur 2. Linser-Kur wurden von diesen 6 Fällen 3 wieder aufgenommen, darunter 2 mit Spir. +. Die Behandlung erfolgte in je einem Falle mit 1—2, 2—3, 3—4 g Neo. Sämtliche Patienten wurden mit WR + entlassen.

Zur 3. Linser-Kur kam nur 1 Fall zur Behandlung mit 2—3 g und wurde mit WR + entlassen.

Die mit 3 und 4 Kuren vorbehandelten 4 Fälle erhielten als 1. Linser-Kur 2—3 g Neo und wurden mit WR + entlassen. Bei zwei Fällen war bei Wiederaufnahme WR — geworden ohne weitere Behandlung, die beiden anderen Fälle mußten auch nach der 2. Linser-Kur mit WR + entlassen werden. Der mit 5 Kuren vorbehandelte Fall erhielt bei der 1. Linser-Kur 1,8 g, bei den folgenden 2 Linser-Kuren je 2—3 g Neo und wurde mit WR + entlassen.

Stellt man nach obiger Zusammenstellung die Zahl der mit WR — und WR + entlassenen Fälle zusammen, so ergibt sich folgendes Gesamtresultat der Linser-Behandlung bei den vorbehandelten Fällen.

Von 72 Lues-II-Fällen mit manifesten Erscheinungen wurden 33 mit WR — entlassen (45,8 %).

Von 19 Lues-latens-Fällen wurden 10 mit WR — entlassen (52,6 %). Bei diesen Zahlen sind die mit negativer WR aufgenommenen Fälle nicht mit einbegriffen.

Insgesamt wurden also von den 194 Fällen ohne Rezidive nach der letzten Linser-Kur 119 mit WR —, 75 mit WR + entlassen. Unter den 119 mit WR — entlassenen Fällen waren nur nach Linser behandelt 68 (71,6 %); anderweitig vorbehandelt, dann nach Linser weiterbehandelt 51 (51,5 %). Unter den 75 mit WR + entlassenen Fällen waren 27 (28,4 %) nur nach Linser behandelt, 48 (48,5 %) anderweitig vorbehandelt, dann nach Linser weiterbehandelt. Vergleicht man nun diese Prozentzahlen, so ergibt sich für die nur nach Linser behandelten Fälle ein weit besseres Ergebnis, als bei den anderweitig vorbehandelten Fällen (höherer Prozentsatz bei den mit WR —, geringerer Prozentsatz bei den mit WR + entlassenen Fällen).

Zusammenfassung.

Da die Beobachtungszeit verhältnismäßig kurz ist und außerdem bei einem großen Prozentsatz der Patienten die Behandlung als noch nicht abgeschlossen zu betrachten ist, haben die in obiger Zusammenstellung gewonnenen Zahlen nur relativen Wert, da man bei den meist nur bis etwa 15 Monaten nachkontrollierten Fällen von „Heilung“ nicht mit Bestimmtheit sprechen kann. Immerhin lassen sich aus diesen Zahlen bedeutsame Schlüsse ziehen, die für die einzuschlagende Therapie wertvolle Fingerzeige geben.

Digitized by Google

Aus der Zusammenstellung geht hervor, daß der Prozentsatz der Versager mit steigender Salvarsanmenge sinkt und daß Rezidive bei geringer Salvarsanmenge früher und häufiger auftreten als bei höherer Dosierung. Die Ergebnisse der reinen Linser-Behandlung sind sowohl bezüglich der Rezidive als auch bei den anderen Fällen günstiger als bei den anderweitig vorbehandelten, dann nach Linser weiterbehandelten Fällen. Als Ursache für den besseren Erfolg der Linser-Behandlung sehe ich die schärfere Kontrolle der Nachbehandlung sowie den Umstand an, daß der Zeitpunkt der Infektion bei diesen Fällen noch nicht so lange zurückliegt als bei den vorbehandelten Fällen.

Als Mindestdosis betrachte ich nach obiger Zusammenstellung für Frauen die Salvarsanmenge von 4—5 g pro Kur; die hier angewandte Normaldosis von 0,45 Neosalvavsan und 0,02 $HgCl_2$ pro Injektion stellt nach unserer Erfahrung diejenige Dosis dar, die bei Frauen noch ohne Schädigung vertragen wird. Die Injektionen erfolgten in der ersten Ära der Linser-Behandlung in 6—8tägigen Zwischenräumen, seit längerer Zeit werden durchschnittlich 2 Injektionen pro Woche gegeben, ohne daß bedrohliche Erscheinungen aufgetreten sind. Der Intervall zwischen den einzelnen Kuren soll möglichst 8—12 Wochen nicht übersteigen; je enger die einzelnen Kuren zusammenlagen, desto besser war der therapeutische Effekt.

Vergleicht man nun die Erfolge der antiluetischen Behandlung bei dieser Znsammenstellung mit den von Löwenstein vor 2 Jahren gefundenen Werten, so ergibt sich ein ganz anderes Bild. Löwenstein betrachtet bei einer Kur die Menge von 2,25 g Neosalvarsan „für Frauen sicherlich als gute mittlere Dosis" und hat mit diesen mittelstarken kombinierten Kuren bei sekundärer Lues erreicht, daß der Prozentsatz der Rezidive von 100% bei schwachen kombinierten und reinen Hg-Kuren auf 80% gesunken ist. Nach dieser Zusammenstellung finden sich bei den meist mit 2—4 g Neosalvarsan und $HgCl_2$ behandelten und wieder aufgenommenen Fällen in 25,8% Rezidive. Dieser Wert ist vielleicht etwas zu niedrig, da sicherlich im Laufe der nächsten Monate noch einzelne Patienten mit Rezidiven zur Aufnahme gelangen werden. Immerhin ist aber die Differenz zwischen den vor 2 Jahren von Löwenstein gefundenen Werten und den von mir gefundenen Werten so enorm groß, daß ein Grund für diese Differenz gefunden werden muß. Als Hauptgrund für diese weit besseren Resultate glaube ich die Einführung der Linser-Behandlung und höherer Dosierung angeben zu können. Der Hauptgrund ist in der konsequenten Durchführung der Sicherheits- und Wiederholungskuren zu erblicken. Die Resultate werden sich hier in Zukunft noch erheblich bessern, da seit einiger Zeit die pro Kur normalerweise verabreichte Salvarsanmenge bei Frauen auf 4,5 g, bei Männern auf 6 g erhöht wurde, eine Menge, die, wie oben erwähnt, in fast allen Fällen anstandslos vertragen wurde.

Sollen im Kampfe gegen die Lues wirklich gute Erfolge erzielt werden, so ist Vor- und Hauptbedingung, daß besonders in der ersten Zeit der Erkrankung nicht zu zaghaft vorgegangen wird und daß bei Frauen als 1. Kur eine mit 4—5 g Neo in nicht zu großen Zwischenräumen durchgeführte Behandlung einsetzt. Die Wiederholungskur, die

Digitized by Google

nach 8—12 Wochen spätestens einzusetzen hat, wird möglichst in der gleichen Weise durchgefürt. Bei Sicherheitskuren sehe ich die Menge von 3,0 g Neo als untere Grenze an. Da die Behandlung in letzter Zeit hier in dieser Weise durchgeführt wird, werden sich die Resultate der antiluetischen Behandlung noch erheblich bessern und den von anderer Seite berichteten außerordentlich günstigen Resultaten der Linser-Behandlung gleichkommen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Annales des Maladies Vénériennes.

Mai 1922.

Die Syphilis bei den Eingeborenen Nordafrikas (La syphilis chez les indigènes de l'Afrique du Nord), von G. Lacapère. S. 321—370. Bei den unbehandelten Fällen von Syphilis der nordafrikanischen Eingeborenen finden sich oft sekundär-tertiäre Übergangsformen in Gestalt kleiner, papulöser, manchmal an Seborrhoe erinnernder, meist aber zirsinärer und krustöser, zuweilen auch psoriatiformer Syphilide; nur ganz ausnahmsweise kommen ulzeröse Formen vor. Lokalisation fast stets im Gesicht, am Halse und an den Gliedmaßen, wobei die Rolle des Traumas außer Zweifel steht. Auch Schleimhäute sind in diesem Stadium oft beteiligt. Allgemeinerscheinungen entsprechen denen des Sekundärstadiums. Tertiäre Syphilide lokalisieren sich bei den Eingeborenen hauptsächlich an der Haut. Selten viszeral und am Nervensystem. Paralyse und Tabes sind fast unbekannt. Die tertiären Erscheinungen, die allmählich, ohne freies Intervall, aus den sekundären hervorgehen, sind viel häufiger als beim Europäer, und vor allem außerordentlich polymorph. Auch Sekundärinfektion tertiär-ulzeröser Prozesse sind nicht so selten. Neben den üblichen makulösen, papulösen, ulzerösen Formen kommen aber eigentümlich anormale Bildungen vor: Ulzeröse Syphilide mit außergewöhnlich massiger, schwammiger Wucherung und solche mit Ausgang in Keloid. Auch papillomatöse und verruköse Formen sieht man. Gummen finden sich häufig, meist an traumatisch bedingten Prädilektionsstellen.

Die Behandlung des weichen Schankers und seiner Komplikationen (Méthode de traitement du chancre mou et de ses complications), von Goubeau. S. 371—386. Vorzügliche Erfolge sowohl in bezug auf Schnelligkeit der Heilung als auch auf Beschaffenheit der Vernarbung erzielte Verf. mit folgender Behandlung: Gründliche Reinigung mit in Tetrachlorkohlenstoff getränkten Tampons. Trocknen lassen. Dann Betupfen mit Emulsion von Natrium arsenicosum 1.0:50 ccm Alkohol 95%. Letzteres mehrfach wiederholen. Dann steriler Verband. Die ganze Behandlung 2mal täglich. Behandlung der Adenitis: In nicht erweichte Bubonen täglich oder jeden zweiten Tag 1—2 ccm Sol. natr. arsenicos. 1,0:100,0, mit feiner Kanüle injizieren. Erweichte Bubonen werden punktiert und nach Entfernung des Eiters die gleiche Injektion + $^1/_2$ ccm Äther vorgenommen. Spontan eröffnete Bubonen werden wie Schanker behandelt. Kurz vor dem Durchbruch stehende werden parallel der Inguinalfalte gespalten und in gleicher Weise behandelt. Keine Mißerfolge bei 600 Fällen.

Ein Fall von ausgebreitetem Exanthem bei Neosalvarsanbehandlung (Un cas de large exanthème au cours du traitement par le néo-arsénobenzol), von A. Galliot. Verf. beobachtete ein Neosalvarsanexanthem in Form einer allgemeinen Urtikaria, die sich allmählich auf die Gliedmaßen zurückzog und hier einen vesikulären, krustösen Charakter annahm. Keine allgemeinen Intoxikationserscheinungen. Skarlatinöse Abschuppung.

H. Muchow-Hamburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Endokrine Störungen.

Zur Kasuistik des hypophysären Zwergwuchses, von O. von Dehn-St. Petersburg. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1922, Bd. 29, H. 5.) 35jähr. Mann, 102,7 cm groß. Röntgenologischer Befund: Alle Epiphysenlinien erhalten. Knochen der Hand gleichen denen eines 10jähr. Kindes, doch sind die Phalangen und Metakarpalien auffallend dick und gedrungen. Beiderseits hochgradige Coxa vara; an den Knochen der unteren Extremität weitmaschige Knochenstruktur. Nähte des Schädels deutlich ausgesprochen, Sella turcica deutlich verkleinert, Dorsum sellae stark verdickt. E. Levin-Berlin.

Pigmentanomalien.

Über chronische Argyrie nach intravenöser und peroraler Kollargoldarreichung, von Th. Tobler, Pat.-anat. Inst. Basel. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 31.) Nach einer Behandlung mit innerhalb eines Monats 84 Kollargolpillen à 0,01 (= 0,84 Kollargol), 38 Eßlöffel 1%iger Kollargollösung und gleichzeitig 75 ccm 2%igen Kollargols intravenös wegen Cholangitis trat universelle Argyrie auf. Die Untersuchung nach dem Tode ergab die Hauptmenge des Silbers in den Gefäßen abgelagert, und zwar vorzugsweise in den mittelgroßen und kleinen. Stark pigmentiert sind ferner die strukturlosen hyalinen Häutchen, die das Grundskelett der Glomeruliknäuel, die Tunica propria der Harnkanälchen und zahlreicher Drüsen bilden. Es erscheint nicht unmöglich, daß sich bei wiederholten Silbersalvarsankuren die an und für sich geringen Dosen summieren und allgemeine Argyrie auftreten könnte. Es ist deshalb Vorsicht bei der Silbertherapie geboten, insbesondere bei Verwendung größerer Mengen speziell hochprozentiger Lösungen. E. Levin-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Xanthoma tuberosum mit Diabetes insipidus (Xanthoma Tuberosum with Diabetes insipidus), von P. I. Crozer Griffith-Philadelphia. (J. Am. med. Ass., Bd. 78, Nr. 23, S. 1836—1837). Äußerst seltener Fall von Zusammentreffen von Xanthoma tuberosum mit Diabetes insipidus bei einem 9jähr. Knaben. F. Quasig-Hamburg.

Zwei seltene Lokalisationen von Hämangiomen, von Fritz Kroll (M. Kl., 1922, Nr. 18, S. 564—566.) Der eine Fall betrifft ein Hämangiom in der Muskelfaszie des rechten Oberarms bei einem 12jähr. Mädchen, der andere ein solches an der Glans penis bei einem 37jähr. Mann, das den größten Teil der rechten Hälfte der Glans einnahm und mit der Harnröhrenschleimhaut in einer Tiefenausdehnung von etwa 2 cm verwachsen war. G. Heymann-Elbing.

Beitrag zur Frage der Kontagiosität des Condyloma acuminatum, von Ladislaus Lichtenstein-Pistyan. (M. m. W., 1922, Nr. 8, S. 270.) Bei zwei Ehegatten wurden Feigwarzen gefunden. Diese Beobachtung soll die Übertragbarkeit dieser Wucherungen wahrscheinlich machen. A. v. Notthafft-München.

Vergrößerung der Brust durch ein retromammäres Angiofibrom, von Oskar Wiedhopf, Chir. Univ.-Kl. Marburg a. L. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 171. H. 3—6.) Die vor der Operation als Tumor der Mamma angesprochene Geschwulst erwies sich als hinter dieser gelegen und vom Pect. min. ausgehend. E. Levin-Berlin.

Zur Kenntnis der Gynäkomastie, von Th. Tobler, Pathol.-anat. Inst. Basel. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 17.) 44jähr. Mann mit beiderseitig kräftig entwickelten Mammae. Die nach dem Tode ausgeführte Untersuchung zeigte diese im wesentlichen aus sehr kernarmem Bindegewebe bestehend, zahlreiche Milchgänge, keine Drüsenläppchen, also ein Bild, wie es bei echten Gynäkomasten die Regel ist. Im übrigen fanden sich histologische Veränderungen ähnlich denen bei Spätkastraten besonders an der Hypophyse. Thymus makroskopisch nicht sichtbar. In den Hoden fällt die hochgradige Atrophie des generativen Anteils bei gleichzeitigem fast völligem Fehlen der Zwischenzellen auf; ob hiermit das Auftreten der Gynäkomastie in einem ursächlichen Zusammenhang steht, müssen weitere kasuistische Mitteilungen zeigen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Regressive Störungen und Atrophien.

Über multiple Neurofibromatose (Recklinghausensche Krankheit), von M. Madlener-Kempten. (Verhandl. 6. Tagung d. Vereinig. Bayrischer Chir., München, 2. VII. 1921.) (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 172, H. 5—6.) Bei einem an Recklinghausenscher Krankheit leidenden Manne war der von Neurofibromatose ergriffene Wurmfortsatz perforiert und wurde operativ entfernt. E. Levin-Berlin.

Die Beeinflussung der Narbenbildung durch Lichtfilter, von Julius v. Ries-Bern. (W. kl. W., 1922, Nr. 33, S. 702.) Ausgehend von der Beobachtung der Beeinflussung der Pockenabheilung durch Schutz vor starker Lichtbestrahlung und dem Befunde, daß bei Männern die Narben nach der Schutzimpfung zarter ausfallen als bei Frauen, weil bei den ersteren durch das dicke Kleid die Wunde gegen Licht geschützt ist, bei letzteren meist nicht, machte Verf. Lichtfilterschutzverbände und fand, daß bei den Geschützten die Narben fast unsichtbar waren, während bei den Ungeschützten sich große und rote Narben einstellten. Durch Ausschaltung der chemisch wirkenden Strahlen kann man die Tiefe, Form und Größe einer Narbe mindern. Auch die Wirkung der Pellidol- und Scharlachrotsalbe legt Verf. als Einfluß der Lichtfiltration aus. E. Langer-Berlin.

Pepsin und Trypsin zur Narbenerweichung, von E. Payr-Leipzig. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 28, S. 1024.) Verf. wendet sich gegen die Parallelstellung des Trypsins mit dem von Unna zur Narbenerweichung angegebenen Pepsin. Das Trypsin wirkt viel stürmischer wie das Pepsin, so daß es zu starken lokalen Erscheinungen mit Rötung usw. bis vom Typus der Weichteilphlegmone und Rose kommen soll (Bätzner), was Payr beim Pepsin niemals sah. Das Pepsin gibt Verf. in einer Verbindung mit der isotonischen Pabelschen Jodlösung. Die chemische Wirkung beider Fermente ist ja nach Ansicht der Chemiker schon sehr verschieden: das Trypsin löst das praktisch als unverdaulich anzunehmende Kollagen nicht, während es sonst alle natürlichen Eiweißkörper auflöst. Das Pepsin hingegen vermag auch das Kollagen zu lösen, und daraus besteht ja das Narbengewebe. Deshalb glaubt Verf. nicht an einen Erfolg Bätzners, da ja die verdauende Wirkung des Trypsins sich nicht auf das Bindegewebe erstreckt. A. Rosenburg-Berlin.

Lupus erythematosus (Lupus érythémateux), von L. Lortat-Jakob. (Progr. med., 1922, Nr. 26.) Bei den ausgebreiteten oberflächlichen Formen ist therapeutisch große Vorsicht erforderlich, unter Umständen ist jegliche Behandlung zu unterlassen. Für tiefe Formen können zwei Methoden als Methoden der Wahl gelten: Skarifikationen und Kryotherapie (Kohlensäureschnee). E. Levin-Berlin.

Maligne Neubildungen.

Neue Wege der Krebsforschung, von Paul Meisel-Konstanz. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 126, H. 2—3 mit 5 Abb. u. Tafeln.) Zum Ausgangspunkt nimmt Verf. den Krebs des Wurmfortsatzes. Bei allen seinen Beobachtungen findet er Zirkulationsstörungen, denen die Schleimhaut zum Opfer fällt. Auch die wandständigen Formen verdanken ihre Entstehung Zirkulationsstörungen. Neben der Substitution der von dem Autor vorausgesetzten und in akuten Fällen nachzuweisenden Infarktmassen findet man Neubildung von normaler Schleimhaut an fehlerhaftem Ort (atypisch heterotopische Schleimhaut) und man kann in einem kleinen Prozentsatz auch metaplastische Zellbildung: Karzinomentwicklung feststellen. In akut verändertem infarciertem Wurmfortsatz finden sich an Stellen, wo die Infarktmasse nicht zerfallen ist, zwischen zahlreichen Zelltrümmern und zwischen eingewanderten Zellen noch färbbare Zellkerne ohne Protoplasma. In diese Masse wachsen von den Wandungen Zellen ein und substituieren sie unter Bildung eines radiär angeordneten Kapillarnetzes. Die aus solchen Bildungen hervorgehenden Gewebe sind typische Ribbertsche Obliterationen, welche gewöhnlich Fibroblasten, Fettzellen, lymphatische Gewebe und Muskelzellen enthalten. W. Chrzelitzer-Waldenburg (Schles.).

Zur Pathogenese der Karzinomanämie, von M. J. Roessingh-Utrecht. (D. Arch. f. kl. Med., 1922, Bd. 139, H. 5 u. 6, S. 310—324.) Nicht jedes Karzinom ist von Anämie begleitet. Haut- und Schleimhautkarzinome zeigen im allgemeinen den stärksten Grad von Blutarmut. Hier treten regelmäßig Blutungen auf, die als die wichtigste Ursache dieser Anämie betrachtet werden müssen. Zeichen vermehrten Blutzerfalls

Digitized by Google

haben sich nicht nachweisen lassen. Man bekommt den Eindruck, daß die Neubildung der Erythrozyten im Knochenmark geschädigt ist. Es läßt sich nicht ohne weiteres sagen, daß die Beschädigung dieser Markfunktion das Vorkommen toxischer Vorgänge beim Karzinom beweist, wenn sie auch als eine Stütze dieser Auffassung betrachtet werden kann. Es wäre auch möglich, daß diese langsame Neubildung die Folge wäre der allgemeinen Entkräftung des Körpers, gefördert durch das meist hohe Alter der Patienten. Eine Untersuchung anderer Fälle mit ähnlichen Erscheinungen (chronische Blutungen durch z. B. Myome, Unterernährung durch nicht bösartige Ösophagus- oder Pylorusstenosen) könnte die Lösung dieser Frage bringen. H. Soltmann-Leipzig.

Weiterer Beitrag zur Kenntnis des experimentellen Teerkarzinoms der Maus, von B. Lipschütz-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 27, S. 598.) Die Teerpinselung der Haut hat neben den lokalen Erscheinungen auch Allgemeinsymptome zur Folge, die als eine chronische Toxikose aufgefaßt werden müssen. Neben krankhaften Allgemeinerscheinungen, die durch eine hämotoxische Komponente hervorgerufen werden, kommt es bei den Mäusen auch zur vermehrten Pigmentbildung und einer Beeinflussung im proliferativen Wachstum der epidermoidalen Gebilde. Verf. beobachtete im Verlaufe der Teerpinselung — aber nur bei grauen Mäusen — unabhängig von der Stelle der Pinselung Melanombildung, deren Zellen er als echte Melanoblasten der Kutis anspricht. Er konnte sie auch bei zwei transplantierten, nicht geteerten Mäusen feststellen, und schließt daraus auf eine toxisch-spezifische Noxe und nicht auf einen lokal reizenden Prozeß. Als Spätsymptome fanden sich Talgdrüsenveränderungen in Form kleinerer knötchenförmiger Hautveränderungen und in Gestalt von Talgdrüsenzystchen. Des weiteren stellten sich unter dem Einfluß der Teerpinselung bei manchen Tieren „generalisierte warzenähnliche Hautveränderungen" ein. Die Untersuchungen dürften geeignet sein, unsere Anschauungen über die Entstehung der Teerkarzinome bei Mäusen weitgehend zu beeinflussen. E. Langer-Berlin.

Über die Bedeutung des Teerkrebses für die Krebsfrage, von H. T. Druelmann. (Kl. W., 1922, Nr. 29, S. 1455.) Die Hautkrebse bei Teerpinselung zeigen eine Wachstumstendenz nach zwei Richtungen, 1. ein Tiefenwachstum „aus sich selbst heraus" und 2. ein Wachstum in horizontaler Richtung mit einer typischen, krebsartigen Entartung der Nachbarzellen. Gerade letzterem kommt eine wichtige Bedeutung zu.
E. Langer-Berlin.

Über hochgradige Eosinophilie bei Tumoren, von F. Schellong, Med. Kl., Kiel. (M. m. W., 1922, Nr. 15, S. 553.) Bei einem Leberkarzinom, das von der Gallenblase ausgegangen, wurden im Blute 11,6% eosinophile Zellen gefunden. Hierdurch waren differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegenüber Leberechinokokkus entstanden.
A. v. Notthafft-München.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Dr. J. M. H. Mac Leod wurde zum leitenden Arzt des Metropolitan Asylums Board in London an Stelle des verstorbenen Sir James Galloway ernannt.

Dr. Norman Walker, leitender Arzt am Royal Infirmary in Edinburgh, Übersetzer von Unnas Histopathologie, wurde für seine Verdienste um das ärztliche Bildungswesen Indiens in den Ritterstand erhoben.

Der Pariser Radiologe Dr. Charles Vaillant, welcher infolge Röntgenschädigung beide Arme verloren, wurde zum Kommandeur der französischen Ehrenlegion befördert.

Unser Mitarbeiter am Referatenteil Dr. Gustav Mühlstein wurde als Lektor für tschechische Terminologie an der Deutschen Medizinischen Fakultät in Prag zugelassen.

Gestorben: Dr. Robert Arnot Sempill, Professor der Dermatologie an der Loyola University School of Medicine in Chicago; Dr. Philip Edward Arcularius in East Orange, N. I., früher Lector für Dermatologie am Columbia College in New York.
R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. Februar 1923 | Nr. 8 | Band 76

Aus der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Universität München (Direktor: Prof. Dr. Leo Ritter v. Zumbusch).

Die Eigenharnreaktion nach Wildbolz bei der Tuberkulose der Haut.

Von

Dr. Julius K. Mayr und Dr. H. Hofstadt.

Im Jahre 1900 veröffentlichte Maragliano über Befunde von Präzipitaten im Urin Tuberkulöser. Einspritzung dieser Präzipitate wirkte beim Kaninchen tödlich, während gleichzeitige Einverleibung von tuberkulösem Präzipitat mit antituberkulösem Serum ohne Schädigungen blieb. 1913 versuchten Heitz und Boyer, gestützt auf Beobachtungen von Debré und Paraf, den Nachweis zu führen, daß im Harn von nierentuberkulösen Kranken Tuberkulotoxine ausgeschieden werden. Sie fanden ferner, daß diese Gifte im Urin mit tuberkulösen Antikörpern Komplementbildung geben und sich dann mit Hilfe eines hämolytischen Systems durch Komplementablenkungsmethoden nachweisen lassen. Im Gegensatz zu ihnen lehnte Marg. Hetzer an der Hand von 81 Fällen das Vorhandensein tuberkulöser Gifte im Harn Tuberkulöser ab.

1919 versuchte von neuem Wildbolz solche spezifische Körper nachzuweisen und versuchte seine Methode zur Feststellung, ob ein tuberkulöser Prozeß sich im aktiven Zustande befinde, zu verwenden. Wildbolz nahm an, daß im zirkulierenden Blut eines Kranken, der an aktiver Tuberkulose leidet, Antigene ins Blut gelangen und durch den Urin ausgeschieden werden. Der Nachweis dieser Stoffe ist dann im Sinne eines aktiven tuberkulösen Prozesses zu verwerten. Diese Antigene sind als qualitativ den Tuberkulinen nahestehend anzusehen und lassen sich daher wie diese am besten durch ihre Wirkung auf allergische Haut sichtbar machen. Um eine genügende Konzentration zu erreichen, engte Wildbolz den Harn bei einer Temperatur von 50—60° auf etwa ein Zehntel seines Volumens ein. Mit dieser Impfmethode (intrakutane Einspritzung) bekam er bei 200 Tuberkulösen, bei denen der Prozeß im Fortschreiten war, stets ein positives Resultat. Untersuchungen an anderen Krankheitsfällen hatten stets negativen Ausfall, auch dann, wenn die Tuberkulinreaktion positiv ausfiel. Nur bei Staphylokokkeninfektionen war die Reaktion positiv, wenn reichlich Erreger durch den Urin ausgeschieden wurden. Eiweißgehalt im Urin bei sonst mehr oder weniger harmlosen Erregern führt nicht zu einem Positivwerden der Reaktion. Bei Nephritikern fiel die Reaktion wechselnd aus. Als besonderer Beweis,

Digitized by Google

daß es sich um das Vorhandensein von spezifischen Körpern im Urin handle, wird das Wiederaufflackern einer bereits abgeklungenen Tuberkulinreaktion nach der Eigenharnimpfung angesehen. Der Grad der Aktivität eines Prozesses läßt sich an der Intensität der Reaktion ablesen.

Bei der Nachprüfung der Arbeiten von WILDBOLZ zeigten sich starke Widersprüche in der Bewertung der Reaktion. Ein großer Teil der Autoren fand einesteils auch bei Gesunden positive oder wenigstens wechselnde Resultate (BOEMINGHAUS, FARAGO und RANDT, KÖNIG, LANDGRAF, LEVI, ORLIANSKI, SCHÖNBORN, REINECKE, SCHMIDT), ein anderer bei Tuberkulösen negative (FARAGO und RANDT, GRASS, KUHN, LEVI, OFFENBACHER). Eine weitere Anzahl von Autoren konnten die Angaben von WILDBOLZ bestätigen, wenn auch anscheinend ein Teil von ihnen wechselnde Befunde erhielt, wie aus dem Betonen der Notwendigkeit erschwerter Forderungen beim Anstellen der Reaktion hervorgehen dürfte. Wenn wir kurz zusammenfassen, so läßt sich sagen, daß von einer Übernahme der Reaktion für den Praktiker noch keine Rede sein kann, da die nötige Konstanz von positiver Reaktion beim aktiven tuberkulösen Prozeß fehlt. Einige Autoren glaubten die Reaktion auf die Salzwirkung zurückführen zu müssen (KÖNIG, LEVI, TRAENKEL). BOSCH versuchte die Möglichkeit des Salzfehlers durch eine Extraktion der Antigene mit Alkohol auszuschalten, und will auf diese Weise die gleichen Resultate wie bei der ursprünglichen Methode erlangt haben. LANZ hat die störenden Salze durch Dialyse entfernt. CAPULIC und PINNER brachten den wechselnden Ausfall der Reaktion mit der Beschaffenheit der Haut, Turgor, Ernährungszustand, Pigment, Immunitätsgehalt im Zusammenhang. Merkwürdigerweise fehlen Untersuchungen über den Ausfall bei Hauttuberkulosen und Tuberkuliden, überhaupt bei Dermatosen. Bei der Syphilis ist nach WILDBOLZ die Reaktion negativ, was im Sinne von Untersuchungen an der Breslauer Hautklinik, wobei die WR im Urin Luetischer stets negativ ausgefallen sei, sprechen würde. Auch wir versuchten die WR im Urin Syphilitischer, sowohl in eingeengtem Zustande als auch nach Azetonextraktion anzustellen. Die Reaktion war deshalb stets unbrauchbar, weil Eigenhemmung der Untersuchungsflüssigkeit vorhanden war. Im Gegensatz zu WILDBOLZ fanden LANZ und GEORGI bei Lues congenita und bei florider Syphilis positive Resultate, GEORGI ferner bei Paralytikern. Wir versuchten die Reaktion an Hauttuberkulosen und anderen Dermatosen nachzuprüfen. Wir wissen ja durch die Untersuchungen der letzten Jahre, daß speziell Hauterkrankungen zu starker Antikörperbildung veranlassen, und durften somit erwarten, daß ein Zusammenwirken dieser Antikörper mit den Antigenen, die natürlich auch bei den, hier noch dazu jedem sichtbaren, aktiven tuberkulösen Prozessen in das Blut und in den Harn gelangen müssen, eine starke und eindeutige Reaktion verursachen würden. Von hier aus ließen sich dann vielleicht auch entsprechende Rückschlüsse aus Organtuberkulosen gestatten.

Wir schlossen uns in der Technik im allgemeinen an die Angaben von WILDBOLZ an, indem wir 200 ccm Harn im Vakuum bei etwa 45° auf ein Zehntel seines Volumens einengten, ihn dann in ein steriles Gefäß füllten und über Nacht im Eisschrank stehenließen. Die bis zum nächsten Morgen ausgefallenen Salze wurden durch ein mit 1%iger

Digitized by Google

Karbolsäure getränktes Filter entfernt. Die Tränkung des Filters erwies sich als überflüssig, da auch der Salzreichtum des abfiltrierten Urins noch stark genug ist um ein Bakterienwachstum zu verhindern. Noch nach 4 Wochen konnte im vorbehandelten Urin trotz Stehen bei Zimmertemperatur kein Bakterienwachstum nachgewiesen werden. Man machte nun beim Patienten vier möglichst gleichgroße Quaddeln von etwa 5 cm Durchmesser am Oberarm. Nebenher liefen die Kontrollen, die mit Kochsalz, normalem Urin und Tuberkulin vorgenommen wurden. Die Reaktion wurde als positiv gebucht, wenn eine deutliche Rötung zu beobachten war. Von der Forderung Grossjeans, der nur solche Reaktionen als positiv ansprach, bei denen noch nach 48 Stunden eine Infiltration mit oder ohne Rötung vorhanden war, sahen wir ab, da die Kontrolle mit normalem, eingeengtem Urin deutlich angab, wieweit die Injektion an sich als Trauma eine Reaktion der Haut verursachen konnte. Die Reaktion in ihrem positiven Ausfall bewegte sich entsprechend den Tuberkulin- oder Trichophytinreaktionen zwischen einfacher, mehr oder weniger heftiger Rötung, die lokal begrenzt blieb, und Schwellungen, die mit den nebenhergehenden Rötungen und neben vereinzeltem Nässen an der Injektionsstelle eine Ausdehnung von über Handtellergröße besitzen konnten. Das subjektive Befinden war, abgesehen von Juck- und Hitzegefühl an der Reaktionsstelle, nie gestört. Der Zeitpunkt des Auftretens der Hauterscheinungen variierte meist zwischen 24—48 Stunden, begann nur ausnahmsweise früher und war selten über eine Dauer von 2 Tagen noch sichtbar. Die Länge seines Bestehenbleibens entsprach im allgemeinen der Intensität der Reaktion.

Wir lassen zunächst die Ergebnisse einiger unserer (28) Fälle folgen:

Fall 4. Ausgedehnter Lupus vulgaris bei einem 19jähr. Mädchen. Die Erkrankung besteht seit 13 Jahren, ist ausgesprochen progressiv und zeigt trotz ausgiebigster Therapie keine Heilungstendenz. Pirquet und Ponndorf stark positiv. Tuberkulinreaktion ebenfalls positiv. Eigenharn nach 24 Stunden deutlich positive Reaktion, Kontrollharn negativ. Die gleiche Prüfung wird nach 14 Tagen mit demselben Ergebnis wiederholt.

Fall 5. Ausgedehnter Lupus vulgaris des Gesichts mit Übergreifen auf die benachbarten Schleimhäute bei einem 10jähr. Mädchen. Der Prozeß ist fortschreitend und besteht seit frühester Jugend. Pirquet positiv. Tuberkulin intrakutan zeigt positive Reaktion. Eigenharninjektion verursacht nach 24 Stunden starke Schwellung und Rötung an der Impfstelle.

Fall 7. Lupus vulgaris des Gesichts und des linken Fußes bei einem 15jähr. Mädchen. Progression des Prozesses nach der Beobachtung sehr mäßig. Tuberkulinreaktion positiv. Eigenharnreaktion, die nach 2 und 8 Tagen vorgenommen wurde, blieb stets negativ.

Fall 8. Lupus vulgaris bei 37jähr. Manne. Schnell fortschreitender Prozeß. Tuberkulinreaktion negativ. 2 Tage alter Eigenharn ergibt starke Rötung, die noch 48 Stunden anhält. Kontrollharn negativ. Als die Reaktion nach einer Woche noch einmal vorgenommen wurde, zeigt sich eine deutlich verminderte Intensität der noch positiven Reaktion. Der klinische Befund hat sich in dieser Zeit nicht geändert.

Fall 11. Ausgedehnter Lupus vulgaris an der Ellenbogen- und Hüftgegend bei 7jähr. Kinde. Ausgesprochene Progression. Pirquet und Ponndorf positiv. Tuberkulinreaktion negativ. Impfstelle bei Eigenharn und Kontrollharn vollkommen negativ.

Fall 17. Ausgedehnte Tuberculosis verrucosa cutis in Kombination mit Lupus vulgaris. 18jähr. Pat. Das Leiden besteht unter fortschreitender Ausdehnung seit frühester Jugend. Ponndorf positiv, Tuberkulin intrakutan negativ. Eigenharn und Kontrollharn ergeben keine Reaktion.

Fall 18. Lichen scrofulosorum bei 10jähr. Kinde. Daneben vereinzelte Herde von Lupus vulgaris. Pirquet und Ponndorf positiv. Tuberkulinreaktion negativ. Impfstelle von Eigenharn und Kontrollharn reaktionslos.

Digitized by Google

Fall 13. Erythema Bazin an beiden Unterschenkeln bei einer 28jähr. Pat. Erkrankung besteht angeblich seit etwa 14 Tagen. Pirquet und Ponndorf positiv. Eigenharn gibt nach 24 Stunden sehr starke Reaktion, die erst nach mehr als 48 Stunden zurückgebildet ist.

Sämtliche angeführten Fälle ließen bei physikalischer und größtenteils auch bei röntgenologischer Untersuchung keinen nennenswerten Prozeß an den Lungen erkennen.

Fall 14. Boeckssches Sarkoid bei 17jähr. Pat. Lokalisation: Gesicht, Bauchgegend, obere und untere Extremitäten. Bestand der sehr in der Intensität und Größe der verstreuten und konfluierenden Effloreszenzen wechselnden Erkrankung einige Monate. Pirquet positiv. Eigenharn negativ. Sektion ergibt tuberkulöse Veränderungen in der Lunge.

Von den Dermatosen (Ausschluß von nachweisbaren tuberkulösen Veränderungen an den Lungen!) gaben Fälle von Trichophytie, Impetigo contagiosa, Furunkulose und vereinzelt auch Ekzem positive Eigenharnreaktionen. Floride sekundäre Syphilis zeigte in allen 6 untersuchten Fällen eine positive Reaktion. Impfungen mit Kontrollharn waren bei 7 Patienten positiv. Die Eigenharnreaktion wurde in diesen Fällen nur dann als positiv gebucht, wenn sie in der Intensität wesentlich stärker als die positive Normalharnreaktion ausgefallen war. Kontrollen mit Kochsalzlösung waren stets negativ.

Das Ergebnis unserer Untersuchungen ist somit ein durchaus wechselndes Bild. Etwa in nicht ganz der Hälfte aller derjenigen Fälle, wo ein positives Resultat zu erwarten gewesen wäre, wurde auch ein solches erzielt. Bei schwer progredienten Fällen wurde trotz positivem Pirquet, Ponndorf und Tuberkulinimpfung eine positive Eigenharnreaktion vermißt. Dieses Versagen ist daher nicht auf die fehlende Allergie der Haut, sondern auf den anderen Faktor der Wildbolzschen Reaktion, das Antigen, zurückzuführen. Denn es geht nicht an, wie es besonders Alexander betont hat, einen Parallelismus zwischen intrakutaner Tuberkulinprobe und Eigenharnreaktion zu verneinen, wenn die Wildbolzsche Ansicht zu Recht bestehen soll, daß die ganze Reaktion als eine Einwirkung der im Harn vorhandenen Antigene mit den Immunkörpern des allergischen Organismus anzusehen sei. Wenn wir auch selbstverständlich annehmen können, daß die im Harn vorhandenen Antigene qualitativ nicht vollkommen und qualitativ nur in vermindertem Grade dem zur Einspritzung verwandtem Tuberkulin entsprechen, so müssen beide doch, in gleicher Technik angewandt, im Prinzip übereinstimmende Reaktionen geben; es darf zum mindesten nicht die eine Reaktion stark positiv und die andere vollkommen negativ ausfallen. Und letzteres ist nicht nur bei uns, sondern auch bei einer Reihe anderer Autoren der Fall gewesen. Es ist auch nicht einzusehen, welche Qualität das Harnantigen besitzen soll, wenn nicht eine solche tuberkelbazillenentsprechender Natur. Die Antigene des Eigenharns sollen ja anzeigen, daß irgendwo im Körper tuberkulöse, noch nicht zum Abschluß gekommene Prozesse vorhanden sind, die Tuberkelbazillen oder Teile von solchen enthaltendes Material ans Blut abgeben, welches dann in den Harn übertritt. Dieses Übertreten ist an einen aktiven Prozeß gebunden, während die Allergie, die die Tuberkulinreaktion angibt, als mehr oder weniger dauernder Zustand bestehen bleibt. Diese Lücke bei den Tuberkulinreaktionen

Digitized by Google

sollte die Wildbolzsche Reaktion ausfüllen. Aber als Erklärung eines Mißverhältnisses von Tuberkulin- und Eigenharnreaktionsausfall einen Parallelismus beider Reaktionen ableugnen zu wollen, halten wir für einen nicht zwingenden Schluß. Eine Reaktion, die nur in einem Bruchteil der Fälle das leisten kann, wozu sie angesetzt wird, ist für die Praxis unbrauchbar. Kommen wir auf Grund unserer Untersuchungen so zu einem ablehnenden Urteil über den Wert der Eigenharnreaktion bei Hauttuberkulosen, so müssen wir dieses negative Ergebnis auch auf die Verwertbarkeit der Reaktion zur Diagnose einer aktiven Tuberkulose überhaupt übertragen.

Die Ablehnung der Eigenharnreaktion als einer praktisch brauchbaren Reaktion ist jedoch noch nicht gleichbedeutend mit der Ablehnung der Richtigkeit ihres theoretischen Aufbaues. Denn zweifellos gibt es einen positiven Ausfall der Reaktion, der weder durch das gesetzte Trauma, noch durch den Salzgehalt des Urins erklärt werden kann. Das ausschlaggebende Moment muß in einem anderen Bestandteil des Harnes gesucht werden. Und es ist zweifellos das Nächstliegende, diesen Bestandteil in Antigenen, die vom Orte der Krankheit über das Blut zur Ausscheidung gelangen, zu suchen. Auch die vielen Versager lassen sich mit der Annahme von Antigenen als die Reaktion auslösenden Körper erklären. Bei allen infektiösen Erkrankungen geschieht der Übertritt von infektiösem oder toxischem Material in der Regel schubweise und nicht kontinuierlich. Ich erinnere an die Verhältnisse beim Typhus, bei der Syphilis, beim Lupus erythematodes, bei der Pyämie und nicht zuletzt bei der Tuberkulose. Gerade die Untersuchungen über den Nachweis von Tuberkelbazillen im Blutstrom konnten nur ein temporäres Vorhandensein der Bazillen nachweisen, auch dann, wenn sich aktive tuberkulöse Prozesse im Körper befinden. Wir werden also auch die Antigene im Urin nur zeitweise antreffen, und daher nicht immer eine positive Reaktion mit diesem Urin erwarten dürfen. Ein negativer Ausfall der Reaktion kann daher nur aussagen, daß im Augenblick der Untersuchung Antigene nicht im Urin vorhanden waren und sich damit, auch nicht in Verbindung mit der Allergie der Haut, als positive Reaktion dokumentieren konnten. Unsere Beobachtungen vom wechselnden Ausfall der Reaktion beim gleichen Fall sprechen in diesem Sinne. Wenn nun auch diese Antigene als spezifische Körper anzusehen sind, so wird damit die Reaktion an sich noch nicht zu einer spezifischen gestempelt. Es gibt eine Reihe von Hautreaktionen, die durch eine Verbindung von spezifischer Allergie mit den dazu gehörenden Antigenen ausgelöst werden. Der positive Ausfall dieser Reaktionen ist klinisch von gleichem Aussehen wie bei der Tuberkulinreaktion. Bekannt sind außer der Tuberkulinreaktion mit ihren Modifikationen in der Technik der Impfung die Luetinreaktion, die Trichophytinreaktion. In allen diesen Krankheiten treten die Erreger oder ihre Produkte ins Blut und können dann ebenso wie bei der Tuberkulose im Urin ausgeschieden werden. Diese Antigene werden dann ihrerseits mit der spezifischen Allergie der Haut auf letzterer eine positive Reaktion verursachen. So erklären sich die positiven Befunde bei der Lues und der Trichophytie. In diesem Sinne hat weiter zu sprechen, daß bekanntlich (Georgi fand an seinen Paralysefällen sehr häufig eine

Digitized by Google

stark positive Eigenharnreaktion) gerade bei der Paralyse die Luetinreaktion besonders deutlich auftritt. Die übrigen positiven Eigenharnreaktionen bei anderen infektiösen Hauterkrankungen (auch beim Ekzem liegen ja sehr häufig Kombinationen mit Staphylokokkeninfektionen vor) finden in der gleichen Richtung ihre Erklärung. Wir können demnach die Eigenharnreaktion als eine spezifische Reaktion ansprechen insofern, als sie spezifische Antigene und Antikörper zur Voraussetzung hat, aber als nicht spezifisch im Sinne einer Reaktion auf den Nachweis einer aktiven Tuberkulose. Letzterer wäre theoretisch nur dann gegeben, wenn sich bei jedem Falle alle die (uns wohl nur zum Teil bekannten) Krankheiten ausschließen ließen, die ihrerseits ebenfalls eine positive Hautreaktion geben können.

Literatur.

1. Adler, Klin. W., 1922, Nr. 4. — 2. Alexander, Zschr. f. Tbc., 1921, Nr. 33. — 3. Bauer, M. m. W., 1909, Nr. 2. — 4. Bergen, Schweiz. m. W., 1921, Nr. 28. — 5. Borminghaus, M. m. W., 1922, Nr. 16. — 6. Bosch, M. m. W., 1921, Nr. 24. — 7. Bressel, D. m. W., 1920, S. 1385. — 8. Capulic und Pinner, M. Kl., 17. Jahrg., Nr. 6. — 9. Eliasberg und Schiff, Mschr. f. Kindhlk., 1921, Nr. 19. — 10. Farago und Randt, D. m. W., 1921, Nr. 32. — 11. Felber, 5. Kongr. d. D. Ges. f. Urologie, Wien, Okt. 1921. — 12. Grass, Beitr. z. Klin. d. Tbc., Bd. 51, H. 2. — 13. Georgi, M. m. W., 1922, Nr. 43. — 14. Grossjean, Schweiz. Rdsch. f. Med., 1921, H. 29. — 15. Heimberger, M. Kl., 1922, Nr. 16. — 16. Hetzer, M. Klin., 1914, Nr. 27. — 17. Imhoff, Schweiz. m. W., 1920, Nr. 46. — 18. Koenig, D. Zschr. f. Chir., 1921, Bd. 161, H. 3/5. — 19. Kotzulla, Zschr. f. Kindhlk., 1921, Nr. 29. — 20. Kuhn, Beitr. z. Klin. d. Tbc., 1922, Bd. 51, H. 1. — 21. Landgraf, Beitr. z. Klin. d. Tbc., 1922, Bd. 50. — 22. Lanz, Schweiz. m. W., 1920, Nr. 17, und 1922, Nr. 1. — 23. Levi, M. Kl., 1921, Nr. 43. — 24. Liebhard, Zschr. f. Tbc., 1921, Bd. 34, H. 6. — 25. Maragliano, Zschr. f. Tbc., 1900. — 26. Marmoreck, Presse méd., 6. I. 1909. — 27. Miche, Rev. méd. de la Suisse rom., 1919, Nr. 12. — 28. Offenbacher, Zschr. f. Tbc., 1920, Bd. 32, H. 6. — 29. Orlianski, M. Kl., 1921, Nr. 45. — 30. Reinecke, M. m. W., 1920, Nr. 42. — 31. Schmidt, Schweiz. m. W., 1921, Nr. 43. — 32. Schoenborn, Ottensmeyer und Potjan, D. m. W., 1921, Nr. 45. — 33. Traenkel, Beitr. z. Kl. d. Tbc., 1921, Bd. 47, H. 2. — 34. Weiss, M. Kl., 1921, Nr. 31. — 35. Wildbolz, Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte, 1919, Nr. 22, und Zschr. f. Tbc., 1920, Bd. 32, H. 6.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke des Wilhelminenspitals in Wien (Primararzt: Professor Moritz Oppenheim).

Zur Entstehung der Maculae coeruleae.

Bemerkungen zur Veröffentlichung Grusz': „Die Wirkung der Drüsenausscheidungen des Phthirius pubis L. auf die menschlichen Blutzellen in bezug auf die Entstehung der Maculae coeruleae."

Von

Prof. M. Oppenheim in Wien.

Grusz kommt in obiger Arbeit zu dem Schlusse, daß die Maculae coeruleae Imbibitions- (Hämatoidin-) Flecke sind, die aus dem Hämoglobin der durch die Wirkung der Speicheldrüsensekrete zerfallenen roten Blutkörperchen bei der Hämolyse entstehen und daß er nicht annehmen könne, daß die Phthirii einen besonderen Farbstoff bilden.

Digitized by Google

In meinen drei Publikationen, die sich mit der Entstehung der Maculae coeruleae beschäftigen (1. „Über einen vom Pediculus pubis gebildeten Farbstoff", Arch. f. Derm., 1901, Bd. 57, Heft 1; 2. „Über die Ursache der Maculae coeruleae", Arch. f. Derm., 1909, Bd. 96, Heft 1 und 3. „Maculae coeruleae", Handb. d. Hautkrankh., hrsg. v. Mraček, Bd. IV, 2. Hälfte, 1909), habe ich zu beweisen versucht, daß die Maculae coeruleae ihre Entstehung einem grünen Farbstoff (von Ehrmann zuerst in der Filzlaus gesehen) verdanken, der aus dem menschlichen Blute durch die Einwirkung eines Fermentes, Oxydase aus dem Speicheldrüsensekrete der Filzlaus gebildet wird. Im Tiere läßt sich dieser Farbstoff in den Fettkörperzellen in Gestalt von smaragdgrünen Körnchen — nicht Kristallen wie Grusz schreibt — nachweisen; auch die Umwandlung des frischen blutroten Mageninhaltes in blau und grün gefärbte Anteile im Innern der Laus kann beobachtet werden. In den histologisch untersuchten Maculae fehlt jedoch bis jetzt dieser Nachweis und man muß eine Imbibition der Bindegewebsschichten der Haut mit dem gelösten grünen Farbstoff annehmen, dessen histologischer Nachweis unmöglich ist, der aber eine diffuse Färbung der Kutis (Tièche) und Subkutis (Oppenheim) bedingt. Im allgemeinen ist meine durch den positiven Befund des grünen Pigmentes im Fettkörper der Filzlaus, das der Kopf- und Kleiderlaus fehlt, durch die Möglichkeit der Umwandlung des Hämoglobins durch Fermentwirkung in blaue und grüne eisenfreie Stoffe (Biliverdin), durch die neueren Untersuchungen der Pigmentbildung durch Oxydasen (Fürth, Bloch usw.) gut gestützte Ansicht von den meisten Autoren angenommen worden (s. u. a. Riecke, Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh., 4. Auflage, Artikel Jesionek, über den Pediculus pubis, und R. O. Stein, Lehrb. d. Geschlechtskrkh., Verlag Lehmann, 1922). Mit Tièche, Ciuffo, Pellier habe ich mich bereits auseinandergesetzt; deren Meinungen sind nicht grundverschieden von meiner Theorie. Delbanco, der auf der Naturforscherversammlung in Münster 1912 (nicht München wie Grusz schreibt) die Hypothese aufstellte, daß es sich um eine Zirkulationsstörung durch Lähmung der elastischen Fasern handle und nicht um einen Farbstoff, dürfte wohl kaum mehr an seiner Ansicht festhalten. Wäre dies richtig, dann müßte man ja die blauen Flecke durch Glasdruck und Zug beseitigen können; sie werden aber durch Anämisierung deutlicher. Dies ist wohl ein zwingender Beweis, daß es sich nicht um eine Zirkulationsstörung handeln könne, sondern um eine Färbung.

Was nun die Meinungen Grusz' betrifft, so möchte ich bemerken, daß das Hämatoidin, identisch mit Bilirubin, ein rubinroter oder rötlich-gelber Farbstoff ist, der sich teils in Form von Krystallen, teils von Körnern abscheidet (s. u. a. Ziegler, allgemeine Pathologie). Es müßten also die Maculae coeruleae rot sein, zumindest im Anfang, und dies hat noch niemand beobachtet.

(Eine Ausnahme bilden nur Sommer und Graeco (Revista derm. de la sociedad Argentin., 1914, S. 5, zit. nach Grusz), die nach Flohstichen Maculae coeruleae auftreten sahen. Ich kann nur annehmen, daß diese Autoren, den passiv hyperämischen Fleck der nach dem aktiven hellroten, aktiv hyperämischen Hof um den Flohstich auftritt und durch Druck oder Zug leicht beseitigt werden kann, mit den Maculae coeruleae verwechselt

Digitized by Google

haben. Die Wegdrückbarkeit und der kurze Bestand dieser Flecke unterscheidet leicht beide voneinander; auch hat das zirkumskripte Erythem nach Flohbiß in der Mitte eine punktförmige dunkelrote nicht wegdrückbare Hämorrhagie, die Stelle des Einstiches, während bei den Maculae coeruleae zumeist der Nachweis des Einstiches nicht gelingt. Niemand konnte vor und nach der Beobachtung dieser Autoren etwas Ähnliches bei Flohstichen finden, und sie sind die ersten, die behaupten, daß die Maculae coeruleae nicht für den Phthirius inguinalis charakteristisch sind.)

Überhaupt scheitern alle Erklärungsversuche der blauen Flecke mit Blutfarbstoffimbibitionen oder mit dessen Derivaten an der von niemand bisher angezweifelten Tatsache, daß die Maculae coeruleae vom Beginne bis zum Ende als coeruleae (blau) verharren. Farbenveränderungen, wie wir sie bei den blauen Flecken nach Kontusionen oder Blutaustritten anderer Art beobachten, treten nie auf. Wenn Grusz ferner behauptet, daß die rasche Resorption der Flecken in 10—14 Tagen nicht für echte Pigmentbildung spreche, so ist darauf zu entgegnen, daß es ganz gut denkbar wäre, daß eine Färbung mit einem gelösten grünen Farbstoff in 10—14 Tagen verschwinde, ja noch früher, als eine Färbung mit Hämatoidin. Wir wissen ja, wie lange Färbungen nach Blutaustritten bestehen bleiben können. Daß die blaue Farbe der Maculae vom Beginne an besteht, wie dies ja meine und Ciuffos, Moursous und Duguets Experimente zur Genüge beweisen, spricht viel mehr für einen vom Beginne an grünen und unveränderlichen Farbstoff, der auch die blaue Farbe der frisch durchschnittenen Maculae verursacht. Daß dieser Farbstoff dem Biliverdin nahestehen müsse, habe ich zu beweisen versucht. Biliverdin, das durch Oxydation aus dem Hämotoidin i. e. Bilirubin hervergeht, ist in gewissen Lösungsmitteln leicht löslich, kann also sehr wohl eine Imbibitionsfärbung grüner resp. blauer Art hervorrufen.

Grusz steht auch mit seiner Ansicht vereinzelt da, daß die Filzlaus nur in gewissen Hautpartien des Körpers imstande ist, Maculae coeruleae zu erzeugen, und zwar in den strafferen dünnen Hautpartien, besonders wo die Haare fehlen. Er begründet dies damit, daß die Tiere um sich festzuhalten, dort mehr die Saugapparate in Anspruch nehmen müssen, weil sie sich nur schwer anklammern können. Ich glaube nicht, daß die strafferen, dünneren haarlosen Hautpartien hauptsächlich die Träger der Maculae coeruleae sind; die intensivsten, fast diffus blau gefärbten Hautstellen bei reichlichem Vorhandensein der Filzläuse sind die behaarten Streckseiten der Oberschenkel und der Mons veneris, wo man wirklich manchmal die Haut in toto diffus blau gefärbt findet. Die Maculae coeruleae sind nur an den haarlosen Partien deutlicher zu sehen; auch erscheint dort die blaue Farbe viel reiner, weil das trübe Medium der Epidermis, das die grüne Farbe blau erscheinen läßt, zarter und regelmäßiger ist. Mit Grusz stimme ich überein, daß eine gewisse Tiefe des Stiches notwendig ist, und zwar deshalb, weil das Speicheldrüsensekret der Laus in der Kutis seine Wirkung entfalten muß. Die interessanten Versuche Grusz', die beweisen, daß in vitro die Speicheldrüsensekrete der Filzlaus auf die menschlichen Blutzellen schwach hämolytisch wirken, beweisen natürlich nichts bezüglich der Bildung eines grünen

Digitized by Google

Farbstoffes. Denn es wäre ja überraschend, wenn diese Bildung im Uhrschälchen mit zerriebenen Köpfen der Läuse und mit frischem menschlichem Blute vor sich gehen würde. In der Laus habe ich diese Bildung beobachtet. (Siehe Fig. 1 meiner Abhandlung: „Über die Ursache der Maculae coeruleae", Arch. f. Derm.) Grusz beweist uns, daß ein hämolytisches und koagulationshemmendes Enzym in den Speicheldrüsen der Filzlaus enthalten ist; ein farbstoffbildendes kann er wohl damit nicht ausschließen. Wenn Grusz für die Kopf- und Kleiderlaus, wie ich voraussetzen darf, dieselben Enzyme nachgewiesen haben wird, dann wird er wohl nicht mehr die Ursache der Maculae coeruleae in diesem hämolytischen Enzym suchen. Daß man im Magen und Darme des Pediculus pubis, wie ich an Hunderten von Tieren feststellen konnte, oftmals roten und braun gefärbten Inhalt findet, während die grünen Körnchen sich in den Fettkörperzellen in der unmittelbaren Nähe der Tracheen und in der Nähe des Kopfteiles sichtbar sind, mag vielleicht einerseits seinen Grund in dem Sauerstoffreichtum dieser Gegenden haben, anderseits in der von Grusz gefundenen Tatsache, daß die Sekrete des Abdomens und der großen mesenterialen Drüsen antihämolytisch und koagulierend, also dem Speicheldrüsensekret entgegengesetzt wirken.

Grusz bestätigt meine Befunde, daß nur die ausgewachsenen Läuse die Maculae erzeugen können; er begründet dies mit der Notwendigkeit einer gewissen Tiefe des Stiches. Ich konnte den grünen Farbstoff nur in ausgewachsenen Exemplaren, und besonders in trächtigen Weibchen nachweisen. 20% der Läuse sind frei von Farbstoff, was der Beobachtung entspricht, daß nicht alle Menschen Maculae coeruleae zeigen können.

Fassen wir nochmals das Tatsächliche über die Maculae coeruleae zusammen, so ergibt sich folgendes:

Die Maculae coeruleae sind ausschließlich ein Produkt des Phthirius inguinalis; andere Epizoen verursachen keine Maculae coeruleae.

In dem ausgewachsenen Pediculus pubis findet sich ein leuchtend grüner Farbstoff in Körnchen (hauptsächlich in den Zellen des Fettkörpers), der kein Fettfarbstoff ist und dem Biliverdin nahesteht.

Das klinische Verhalten der Maculae coeruleae spricht für eine Färbung der Kutis durch Imbibition. Die histologischen Untersuchungen (Rille, ich und andere) ergaben bisher keine befriedigenden Resultate, nur eine Grünfärbung der frisch exzidierten Maculae am Durchschnitt, dem Korium entsprechend, ist von mir nachgewiesen.

Insofern ist also die Beweiskette noch nicht geschlossen und wir müssen eine Imbibition der Kutis mit dem gelösten vom Pediculus pubis gebildeten grünen Farbstoffe annehmen.

Digitized by Google

Über die Diagnose des Ulcus vulvae acutum.

Von

Priv.-Doz. Dr. B. Lipschütz in Wien.

In einer kurzen Mitteilung (Derm. W., 1922, Nr. 38) weist M. Oelze-Rheinboldt auf die Schwierigkeiten der mikroskopischen Diagnosenstellung des Ulcus vulvae acutum hin und meint, daß die Frage dieser Geschwürsform und ihres Erregers noch nicht eindeutig gelöst ist; denn sie vermißte bei einem von ihr als Ulcus vulvae acutum angesprochenen Fall den von Lipschütz beschriebenen mikroskopischen Befund, andererseits fanden sich die gleichen Stäbchen (Bacillus crassus) in Reinkultur im Ausstrich des Scheidensekretes eines gesunden Mädchens. Als Stütze für ihre Ansicht zieht die Autorin unlängst veröffentlichte Fälle von Bingel heran (Derm. Zschr., Bd. 33), wobei sie keinen Zweifel darüber läßt, daß die Bingelschen Beobachtungen dem Ulcus vulvae acutum subsumiert werden müssen.

Da ich gegenteiliger Ansicht bin und selbst die Oelze-Rheinboldtsche Beobachtung nicht als Ulcus vulvae acutum anerkennen kann, möchte ich meinen Standpunkt mit wenigen Worten präzisieren.

Zunächst wird wohl jedermann beipflichten, daß es durchaus nicht gestattet ist, jede unklare, etwa bei virginellem Genitale angetroffene Geschwürsform als Ulcus vulvae acutum anzusprechen. Zur Diagnose dieser Geschwürsform verlangen wir eine ganze Reihe von Merkmalen, die für die Entstehung und den weiteren Verlauf dieses Ulcus charakteristisch sind, und die, wie aus meinen und anderer Arbeiten bekannt, hier nicht weiter besprochen werden sollen. Für die selbständige Natur dieser Affektion sprechen nicht allein meine Untersuchungen, sondern auch die Arbeiten von Scherber, Grosz, Volk, Appel, Oppenheim, Lenartowicz, Dreyer (persönliche Mitteilung), Kummer, Brünauer und Galewsky (noch nicht erschienen) und es kann daher doch wohl ein Zweifel an der klinischen Eigenart des Ulcus vulvae acutum oder an seinem charakteristischen mikroskopischen Befund nicht mehr bestehen. Hingegen muß ich jeden Zusammenhang des Ulcus vulvae acutum mit den von Bingel gemachten Beobachtungen — und das gleiche gilt auch für den Fall Oelze-Rheinboldts — ablehnen. Die Bingelschen Fälle zeigen keine einheitliche Klinik und der Autor selbst vermutet, daß unter Umständen sogar eine Herpeseruption (!) zu einer als Ulcus vulvae acutum anzusprechenden Geschwürsform führen könne (Fall VII). Daß in derartigen Fällen der von mir beim Ulcus vulvae acutum erhobene mikroskopische Befund vermißt wird, ist nicht weiter verwunderlich.

Wir sind fernerhin aber auch nicht gewöhnt, dermatologische Krankheitsbilder auf Grund irgend eines Symptomes zu diagnostizieren und es ist auch klar, daß bei einem auf Autoinfektion beruhendem Leiden, dem bakteriellen Befund, trotz seiner Wichtigkeit, nicht die Bedeutung gebührt, wie bei einer durch einen obligat-parasitären Mikroben ver-

Digitized by Google

ursachten Erkrankung. Die biologisch sehr bemerkenswerte Genese unserer Geschwürsform macht es erklärlich, daß der gleiche mikroskopische Befund auch im Scheiden- und Vulvasekret gesunder Individuen gefunden wird. Nach meinen Erfahrungen, die sich mit den Ansichten zahlreicher Autoren decken, ist man jedoch nur berechtigt, diejenigen Geschwürsformen am äußeren Genitale des Weibes als Ulcus vulvae acutum anzusprechen, die den charakteristischen mikroskopischen Befund enthalten.

Versammlungen.

Versammlung Südwestdeutscher Dermatologen.

Frankfurt a. M., 14.—15. Oktober 1922.

Bericht von K. Reucker-Frankfurt a. M.

Bloch-Zürich und Meirowsky-Köln: **Über den jetzigen Stand der Pigmentfrage.** Während Bloch die Auffassung vertritt, daß das Epithel der Ort der Pigmentbildung ist, und daß die bei der Dopareaktion auftretende Schwärzung mit der Pigmentbildung identisch, d. h. daß Dopa ein Baustein des Pigmentes ist, nimmt Meirowsky an, daß das Pigment sowohl im Epithel wie in der Kutis gebildet wird und die Schwärzung bei der Dopareaktion ein rein chemischer Vorgang ist. Meirowsky fordert, daß das Pigmentferment isoliert demonstriert werde. Nach Bloch reagiert das Pigmentferment nur intrazellulär.

Miescher-Zürich betont, daß die Pigmentzellen des Bindegewebes Pigmentträger, nicht aber Pigmentbildner seien.

Hugo Müller-Mainz: **a) Tertiäre Lues,** Ulzerationen im Gaumen mit Verlust des weichen Gaumens, Gumma am Os frontale rechts, Nekrose des Nasenseptums. Behandlung mit einem nicht im Handel befindlichen Wismuttartratpräparat der Firma Kalle & Co., das gut vertragen wurde und schnelle Reinigung der Rachenulzerationen bewirkte.

b) Akromegalie mit sklerodermieartiger Atrophie an Händen, Füßen und Ohren bei einem 15jähr. Knaben. Außerdem besteht allgemeine Muskelatrophie und Atrophie der Metakarpi und Metatarsi. Demonstration der Röntgenaufnahme der Hypophyse.

Bettmann-Heidelberg nimmt kongenitale Veränderungen an verschiedenen Organsystemen an.

c) Lichen ruber corneus (?) mit Atrophien. Seit einem halben Jahre starke Rötung des Gesichts, die zur Infiltration wurde, teilweise mit Atrophien abheilte, Haargrenze krustig belegt. Stamm und Extremitäten bedeckt mit grau- bis graurötlichen derben, teilweise tumorartigen Infiltraten, die Schuppen und Krusten tragen. Stärkste Tumorbildung an den Streckseiten der Unterschenkel. Schulter- und Glutäalgegend zeigt flächenhafte Rötung, starke Infiltration ohne Einzelherde. Auf Brust und Rücken Atrophien und Teleangiektasien. An Händen und Füßen ausgesprochenste Hyperkeratose. — Die Diskussion stellt die Diagnose Psoriasis und Mykosis fungoides in den Vordergrund.

Guttmann-Wiesbaden: **Anuläres Tuberkulid** bei einem Knaben, das einem Granuloma anulare ähnelt.

E. Bernstein-Frankfurt a. M.: **a) Lichen planus und verrucosus.**

b) Folliculitis decalvans. Die Erkrankung besteht seit fünf Jahren, begann im Bart, zeigt jetzt auf dem Kopf Follikulitiden und Perifollikulitiden, Atrophien und größere, völlig kahle Partien. — Hoffmann-Bonn diagnostiziert Ulerythema sycosiforme und erörtert die Nomenklatur.

c) Acrodermatitis atrophicans im Stadium oedematosum.

Rothman-Gießen: **Lupus erythematosus** mit Aurokautan behandelt.

Rost-Freiburg behandelt die exanthemische Form des Lupus erythematosus mit Höhensonne und Solarsoneinspritzungen.

Digitized by Google

Müller-Mainz hatte bei erythemähnlichen Fällen mit Terpichineinspritzungen Erfolge.

Heuck-München solche nach Salvarsanbehandlung mit kleinen Dosen.

Herxheimer-Frankfurt a. M. berichtet über einen mit Krysolgan behandelten Fall, bei dem ein universelles toxisches Exanthem auftrat, und warnt vor der Therapie mit differenten Mitteln.

Touton-Wiesbaden begnügt sich bei erythemähnlichen Fällen mit Bleiwasserumschlägen.

Rothman-Gießen ist gegen Lichtbehandlung.

Feldt-Frankfurt a. M. bespricht die Dosierung des Krysolgans und führt die toxischen Exantheme auf Überdosierung zurück.

Salomon-Koblenz hat neben einer schweren Dermatitis besondere Erfolge mit Krysolgan bei Nieren- und Blasentuberkulose gesehen.

Schultze-Gießen: **Leucaemia cutis** bei einem 63jähr. Manne mit Milzschwellung.

Greif-Worms: **Gumma der Glans penis und des Präputiums.** Infektion vor zehn Jahren, zwei erfolglose Salvarsankuren. Besserung nach acht Bismogenolinjektionen.

Th. Baer-Frankfurt a. M.: a) **Menstrualexanthem (?).** Pat. hat vor und während der Menses starkes Jucken am ganzen Körper, das sich im Herbst und Frühjahr steigert. Am Stamme Exkoriationen, Pigmentationen und Follikulitiden.

Touton-Wiesbaden diagnostiziert Prurigo diathésique Besnier,

Herxheimer-Frankfurt a. M. Pruritus mit Lichenifikationen.

b) **Schleimhautlupus** der Nase mit Röntgen behandelt.

c) **Laryngofissur und Keloid,** nach Röntgen gebessert.

Müller-Mainz berichtet über einen Fall von Trichophytie, bei dem nach Röntgenbehandlung Glottisödem mit Stridor und schwerster Atemnot auftrat.

Veiel jun.-Cannstatt erwähnt einen wegen Kehlkopfkarzinoms geröntgten Kollegen, bei dem infolge der Bestrahlung unter Atemnot Exitus eintrat.

Rost-Freiburg erinnert daran, daß beim Röntgen wegen Trichophytie im Gesicht immer an die Gefahr der Schleimhautschädigung gedacht werden muß.

d) **Ichthyosis simplex** bei zwei Schwestern.

Hammacher-Frankfurt a. M.: **Onycholysis.**

Hammer-Stuttgart bevorzugt therapeutisch ausgiebige Nagelbeschneidungen,

Veiel sen.-Canstatt Schmierseifenbürstungen mit anschließender Glyzerineinreibung.

Nathan-Frankfurt a. M.: **Parapsoriasis guttata mit Leucoderma colli et corporis.** Die 14jähr. Pat. wurde mit Pilokarpin behandelt; Heilung teils unter Pigmentierung, teils unter Depigmentierung. Vorwiegend am Hals, an den Flanken und am Unterbauch Leukoderma, 3 Wochen später Rezidiv. Die Pilokarpintherapie wurde fortgesetzt; dabei trat eine Stunde nach einer Einspritzung (0,01), der nach 20 Minuten Schweißausbruch, Speichelfluß und Übelkeit gefolgt war, über den ganzen Körper verbreitet ein kleinlinsengroßes, hochrotes, makulöses Exanthem auf, das nach 20 Minuten abblaßte.

Herxheimer-Frankfurt a. M. erwähnte, daß unter zehn erfolgreich mit Pilokarpin behandelten Fällen dieser als erster ein Rezidiv zeigte.

b) **Lepra cutanea und nervosa** kombiniert mit spinalen Erscheinungen unter dem Bild einer Syringomyelie. Der 54jähr. Pat., früher Pflanzer in Sumatra, hatte mit 39 Jahren zunehmende Schwäche der linken Hand, später Hauterscheinungen, die allmählich die ganze Haut überzogen. In den letzten Jahren Muskelschwund und Sensibilitätsstörungen an der linken Hand; zuletzt erhebliche Abnahme der Sehschärfe, Lichtempfindlichkeit usw. Jetzt das Gesicht stark infiltriert, auf Stirn und Wangen parallele Wülste. Stamm und Extremitäten zeigen rundlich geformte, zum Teil knotige Infiltrate, über denen die Haut intensiven Glanz aufweist, ebenso feinste Fältchenbildung. Auf dem Rücken Leucoderma leprosum, Atrophie des Daumen- und Kleinfingerballens, ebenso der Mm. interossei. Sensibilität überall, mit Ausnahme des behaarten Kopfes, herabgesetzt, besonders an den Extremitäten. Schmerz- und Temperaturempfindung der linken Hand völlig aufgehoben; Iritis leprosa.

Born-Frankfurt a. M.: **Mycosis fungoides** bei einem 80Jähr. Fast völlige Heilung nach Arsen- und Röntgenbehandlung.

Bürkmann-Frankfurt a. M.: **Blastomykose** nach ausgedehnter Röntgenbehandlung in 9 Monaten geheilt.

Digitized by Google

Vöhl-Frankfurt a. M.: a) **Zur Diagnose.** Bei einem 29 Jähr., der mehrfach an Rheumatismus gelitten, auf beiden Handrücken, Ellbogen und Ohrmuscheln rundliche, bläulich verfärbte Herde mit Atrophien und normaler Haut im Zentrum.

Herxheimer-Frankfurt a. M. diagnostiziert Erythema multiforme recidivans.

b) **Zur Diagnose.** Ein 3jähr. Mädchen zeigt seit längerer Zeit Ödeme an den Unterschenkeln und neuerdings in symmetrischer Anordnung im Gesicht, den Ober- und Unterschenkeln und auf beiden Gesäßhälften strich- und dellenförmige Hauteinziehungen, deren Ursache anscheinend das Fehlen des Unterhautfettgewebes ist. Die Umgebung der Einziehungen ist ringförmig vorgewölbt.

c) **Xeroderma pigmentosum.**

Hugo Müller-Mainz: Über die **Wismuttherapie der Syphilis.**

Kolle-Frankfurt a. M.: **Wismut als Antisyphilitikum.** Er berichtet über seine seit langem durchgeführten Versuche mit Quecksilber und Wismut. Die chemotherapeutischen Unterschiede der Wismut- und der Arsenobenzolpräparate wurden eingehend erörtert. Auf Trypanosomen und Rekurrensspirochäten wirken die Wismutpräparate überhaupt nicht ein. Die zur Zeit bekannten Wismutpräparate bringen, wie in zahlreichen Tierversuchen erkannt werden konnte, die Spirochäten erst nach Tagen aus den Kaninchenschankern; die Heilung der Schanker beansprucht verhältnismäßig viel Zeit. Die Wismutpräparate wirken nicht wie die Arsenobenzolderivate spirochätizid, sondern, ähnlich wie das Quecksilber, durch Entwicklungshemmung. Kolle weist auf Versuche mit neuen Quecksilberverbindungen hin; er warnt vor kritikloser Anwendung von Wismutpräparaten, denen die unbedingt erforderlichen, ausgedehnten tierexperimentellen Unterlagen fehlen, um so mehr als die Wismutverbindungen als Depots noch lange im Körper blieben. Nur mit tastender Vorsicht darf heute die Wismuttherapie klinisch erprobt werden, um erst so scharf begrenzte Indikationsgebiete zu finden.

Desslaers-Crefeld spricht über Erfahrungen mit Bismogenol, Felke-Rostock über Milanol, Touton-Wiesbaden und Bernstein-Frankfurt a. M. über die mit Quinby gemachten.

Vöhl-Frankfurt a. M. berichtet über die an der Klinik Herxheimer bisher vorgenommenen Behandlungen mit verschiedenen Wismutpräparaten.

Bloch-Zürich stellt das Wismut als Antiluetikum zwischen das Quecksilber und das Salvarsan.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Journal d'urologie.

Juni 1922, Bd. 13, Nr. 6.

Einige Röntgenaufnahmen von Harnröhrenverengungen (Quelques radiographies de rétrécissements de l'urètre), von Henri Béclère und Robert Henry. S. 417—424. An der Hand von guten Röntgenogrammen zweier normaler und dreier pathologischer Harnröhren besprechen die Verff. die Vorteile solcher Aufnahmen. Die Füllung der Harnröhre geschieht mit Bariumsulfat. Es hat sich als praktisch erwiesen, den Pat. in Seitenlage von 45° mit Unterstützung von Sandsäcken zu photographieren, um den hinteren Harnröhrenabschnitt nicht vom Bulbusschatten überlagert zu erhalten.

Resektion des Gefäßstranges, Verfahren der Wahl bei Hydronephrose auf Grund von Kompression durch ein anormales Gefäß (Résection de la bride vasculaire, traitement de choix de l'hydronéphrose due à la compression par un vaisseau anormal), von Robert H. Kummer. S. 425—432. Es gibt ein- und doppelseitige Hydronephrose, die durch Kompression durch Gefäße hervorgerufen wird, besonders wenn es sich um doppelte Ureteren und Nierenbecken handelt. Um schweren Schädigungen des Nierenparenchyms vorzubeugen, soll man möglichst frühzeitig operieren.

Digitized by Google

Bericht über einen Fall von Krebs, der sich in einer ektopischen Blase entwickelt hat (A propos d'un cas de cancer développé sur une vessie exstrophiée), von ROBERT DUPONT. S. 433—444. Bericht über den Fall eines 38jähr. Landwirts mit typischer Ectopia vesicae, in derem oberen rechten Teile sich ein bisweilen Blutungen verursachendes Karzinom entwickelte. Es wurde zweizeitig operiert.

Wann muß man sich mit den MORGAGNIschen Lakunen bei der Tripperbehandlung zu beschäftigen beginnen? (Quand doit on commencer à s'occuper de la lacune de MORGAGNI dans le traitement de la blennorragie?), von JULES JANET. S. 445 bis 446. Eine tiefe Lakune kann zum Schlupfwinkel für die Gonokokken werden. Man darf sich an ihre Behandlung aber erst heranbegeben, wenn ihre Erkrankung klinisch wahrscheinlich wird, wenn trotz langer Behandlung und Heilung der Blennorrhoe der hinteren Harnröhre eine Erkrankung besonders des distalsten Teiles der Urethra anterior bestehen bleibt. Es pflegt sich dann bei meist klarem Urin ein regelmäßig eitriger Tropfen mit zahlreichen Gonokokken zu finden, der sich trotz ausgiebiger Spülungen täglich zeigt. Filamente, die etwa vorhanden sind, sind frei von Gonokokken. Besteht kein akuter Entzündungszustand im Bereich der Urethra anterior mehr, so soll man mit einer Kanüle in die Lakune 10—20%iges Argyrol oder 0,5—1‰ Kal. permangan. injizieren; nebenbei die gewöhnlichen ausgiebigen Waschungen der Urethra fortsetzen. Hat die Lakune zwei Öffnungen, so muß die trennende Schleimhautbrücke durchtrennt werden.

Juli 1922, Bd. 14, Nr. 1.

Die Nephrektomie auf Grund der AMBARDschen Konstante (La néphrectomie sur la constante), von JEAN QUÉNU. S. 1—24. Die Resultate von 264 Nephrektomien mit 3,4% Mortalität auf Grund der Konstante ohne Ureterenkatheterismus sind denen von 367 Nephrektomien nach Katheterismus mit 3,8% Mortalität ebenbürtig, oder sogar überlegen. Zur Bestimmung der Gesamtfunktion der Niere bedient man sich der Kryoskopie, der Ausscheidungsuntersuchungen mittels Farbstoffen und der Bestimmung des Harnstoffs in Blut und Urin, der AMBARDschen Konstante, die die wichtigste Methode darstellt. Die normale Konstante beträgt 0,07. Die Indikation zur Operation wird auf Grund des Ergebnisses der Konstante und des Allgemeinzustandes des Kranken gestellt. Der Sitz der Affektion wird aus der Gesamtheit der Befunde der Zystoskopie, der klinischen Untersuchung (objektive Zeichen: Palpation, Druckschmerz, Muskelspannung, Vaginaluntersuchung; subjektive Zeichen: Schmerzen, besonders wenn sie einseitig sind) und der Röntgenaufnahme bestimmt. Wenn diese Hilfsmittel versagen, muß man sich gegebenenfalls zu doppelseitiger explorativer Lumbotomie entschließen, die allerdings schwere Gefahren mit sich bringt. Die Beachtung der Konstante ist auch von Wert, selbst wenn einseitiger oder doppelseitiger Katheterismus möglich ist, da sie über die Nierenfunktion und Urinausscheidung bessere Auskunft gibt als selbst mehrmaliger Katheterismus, der zudem an sich einen Einfluß auf die Urinsekretion ausüben kann.

Beitrag zum Studium der Urethrocele bei der Frau mit Hilfe des Urethrozystoskops nach MAC CARTHY (Contribution à l'étude de l'uréthrocèle chez la femme à l'aide de l'uréthrocystoscope de MAC CARTHY), von VILLEMIN. Die Urethroskopie mit dem VALENTIN-LUYSschen Endoskop ist bei der Frau sehr schwierig und gelingt nur unter Zuhilfenahme besonderer Vorkehrungen (starke Beckenhochlagerung). Dagegen gestattet das Urethrozystoskop nach MAC CARTHY ein bequemes Arbeiten und führte bei einem Falle VILLEMINS zur Diagnose einer der seltenen Urethrocelen, die bei einer Frau wohl im Anschluß an eine Zangengeburt entstanden war.

August 1922, Bd. 14, Nr. 2.

Örtliche und allgemeine Wirkungen der Resektion des Samenleiters (Effets locaux et généraux de la résection des canaux déferents), von ED. RETTERER und S. VORONOFF. S. 81—110. Bericht über ausgedehnte Versuchsreihen an Hunden mit guten Photogrammen. Abgesehen von einigen Degenerationserscheinungen in der ersten Zeit nach der Resektion blieb das Epithel der Tubuli seminiferi intakt und produzierte weiter Spermatozoidenköpfe. Die Resektion verhinderte die Verschmelzung des Zytoplasmas und die Loslösung der Spermatozoiden. Das interstitielle Bindegewebe nimmt ab, geschweige denn, daß es sich vermehre. Der Anschein der Hypertrophie in der ersten Zeit nach der Resektion wird durch eine vorübergehende Verkleinerung der Tubuli

Digitized by Google

hervorgerufen. Die physiologischen Genitalfunktionen (Geschlechtstrieb und -betätigung) bleiben, wenn sie vorher bestanden, erhalten, stellen also wohl eine Funktion des Epithels der Tubuli dar.

Blasensteine nach suprapubischer Prostatektomie (La lithiase vesicale dans les suites de la prostatectomie sus-pubienne), von Cabaven und Lourdel-Amiens. S. 111—132. Die Verff. berichten über drei eigene derartige Fälle und stellen im ganzen 68 Beobachtungen dieser Art aus der Literatur zusammen. Teils ist die Operation selbst schuld. Die Zeit des Auftretens der Beschwerden schwankt zwischen wenigen Monaten und zwei, ja sechs Jahren, die Größe zwischen der einer Mandel und eines Eies, die Form ist meist rund. Die Steine sitzen meist hinter dem Blasenhals, sind aber bisweilen in der Prostatanische lokalisiert oder an die Narbe angeheftet. In der Mehrzahl der Fälle genügte ihre Entfernung zur Heilung.

Einige kleine Winke für die Behandlung der Blennorrhoe (Quelques petites finesses du traitement de la blennorrhagie), von Jules Janet. S. 133. Ist bei einer Blennorrhoe der hintere Teil der Harnröhre abgeheilt, so soll nur noch die Urethra anterior behandelt werden, die man mit stärkeren Medikamenten (0,35—0,5 : 1000 Kal. permangan. oder 10—20, ja 40%ige Argyrolstäbchen) angehen kann.

September 1922, Bd. 14, Nr. 3.

Ableitung des Urins bei umschriebenen und hartnäckigen Eiterungen der Eichel und der Schwellkörper (Penitis) (De la dérivation des urines dans les suppurations circonscrites et rebelles du gland et des corps caverneux [pénitis]), von Léon Thévenot und de Rougemont. S. 177—186. Unter Penitis verstehen die Verff. nur diejenigen Entzündungsvorgänge am Penis, die von einem an der Urethra spielenden Prozeß in der Tiefe fortgeleitet sind, nicht aber die suprafaszialen Entzündungen der Haut, des Bindegewebes, der Lymphbahnen usw. Diese Urinabszesse können sich akut, subakut und chronisch (dieses besonders bei Verengerungen und Traumen der Urethra anterior) entwickeln. Aus Fistelöffnungen kann dann der Urin bei jeder Miktion entweichen und zu schweren Infiltrationen und Sepsis Anlaß geben. Die Behandlung der Wahl besteht in breiter Spaltung der Taschen, Kürettage der fungösen Wundflächen, gegebenenfalls Galvanokaustik. Häufig erfolgt die Heilung erst nach zeitweiliger Ableitung des Urins durch eine Urethrostomie am Damm, wenn dessen Zustand es erlaubt, oder durch eine suprapubische Zystostomie, wenn der Damm selbst fistulös verändert ist.

Bericht über einige Fälle von Pyelonephritis und ihre Behandlung mittels Silbersalzen (Note sur quelques cas de pyelonéphrite et sur leur traitement par les sels d'argent), von Robert H. Kummer-Genf. S. 187—222. Bei einseitiger Lokalisation haben manche Autoren die rechte Seite bevorzugt gefunden (besonders bei graviden Frauen). Stagnation des Urins wirkt zur Entstehung einer Pyelonephritis mit. Häufig läßt sich nicht entscheiden, ob die Infektion aszendierend oder auf dem Blut- oder Lymphwege erfolgt. Meist findet man Kolibazillen allein oder mit anderen Erregern vergesellschaftet. Die Behandlung besteht konservativ in Diät, Ruhe usw., lokal in Blasendehnung und Nierenbecken-Katheterismus, operativ in Nephrostomie, ja selbst bisweilen Nephrektomie. Aus den Erfahrungen des Verf. geht hervor, daß auch durch eine per os oder intravenös durchgeführte Silbersalztherapie selbst bei stagnierendem Urin Heilung erzielt werden kann.

Betrachtungen über die Verzögerung des Schlusses der suprapubischen Wunde nach Prostatektomie (Réflexions sur la lenteur de fermeture de la plaie suspubienne après la prostatectomie), von Raymond Bonneau. S. 223—226. Blasenfisteln nach suprapubischer Prostatektomie sind selten (etwa 2%) und beruhen meist auf einem Abflußhindernis auf dem normalen Wege (z. B. Narbe am Blasenhals, unvollkommene Entfernung der Prostata) oder einer erheblichen Infektion der Blase, deren Behebung Heilung herbeiführt. Eine andere Ursache für langsame Wundheilung ist die Lokalisation des Schnittes. Je näher dem Blasenhals es angelegt ist, um so ungünstiger sind wegen der anatomischen Verhältnisse (geringere Beweglichkeit und Geschmeidigkeit des Blasenhalses) die Chancen für eine schnelle Heilung. Dauert eine solche Fistel längere Zeit (mehrere Monate), so muß man sie umschneiden oder gut kürettieren und dann die Wunde für 4—5 Tage tamponieren, worauf gewöhnlich Verklebung der Wundränder erfolgt.

Ein Fall von diffuser Papillomatosis des Ureters. Vollständige Entfernung desselben (Un cas de papillomatose diffuse de l'urétère. Urétérectomie totale), von

Digitized by Google

G. Marion. S. 227—229. 1917, häufige Hämaturien bei der 45jähr. Pat. Linksseitige Nephrektomie. Multiple Polypen des Nierenbeckens und im oberen Teil des Ureters. 1918, 1919, 1921, Zerstörung von Blutungen verursachende Blasenpolypen in der Gegend des linken Ureters. 1922, neue Polypen hier und am Blasenscheitel. Exstirpation des Ureters zunächst von der Blase aus bis etwa zum Promontorium, dann von oben her, von der alten Nephrektomienarbe aus eingehend. Erste Operationswunde tamponiert, Dauerkatheter. Heilung ohne Zwischenfall. Der Ureter (zwei gute Photographien) erwies sich als geradezu monströs mit Polypen besetzt. Ein am Blasenhals exstirpierter rundlicher Tumor erwies sich als Adenom von der Art, wie sie die Prostatahypertrophie bedingt.

Oktober 1922, Bd. 14, Nr. 4.

Über einen Fall von Mischtumor (Karzinosarkom) der Blase, wahrscheinlich von der Allantois ausgehend (Sur un cas de tumeur mixte (épithélio-sarcome) de la vessie d'origine probablement allantoïdienne), von Ch. Lenormant. S. 273—284. 55jähr. Frau, 1914 Menopause, 1917 und 1922 heftige Metrorrhagien. Blutungen hielten in geringerem Maße einen Monat lang an. Operation in Lumbalanästhesie ergibt kindskopfgroßen Tumor mit zystischen Partien, die serös-blutige Flüssigkeiten enthalten; der Tumor hat weder mit dem Uterus noch mit den Ovarien etwas zu tun, sondern geht von der muskulären Wand der Blase aus, deren Schleimhaut intakt ist. Er ist gestielt (Blasenperitoneum). Katheter, Blasendrainage. Glatte Heilung in 11 Tagen. Es handelte sich um einen der beim Menschen seltenen karzinosarkomatösen Mischtumoren, wie sie bei Mäusen häufiger gefunden werden. Er ist vermutlich embryonal angelegt gewesen und von der Allantois ausgegangen.

Primärer rechtsseitiger Nierenkrebs mit großer linksseitiger Pleura-Metastase bei einer jungen schwangeren Frau (Cancer primitif du rein droit avec volumineuse métastase pleurale gauche chez une jeune femme enceinte), von Ch. Roubier. S. 285—289. 29jähr. Frau, die seit einem Monat über Schmerzen im rechten Bein ähnlich Ischias klagt. Graviditas mens. V. Tumor im rechten Hypochondrium und Drüse in der linken Oberschlüsselbeingrube tastbar. Häufige, wenig ausgiebige Miktionen. Klinischer und röntgenologischer Befund weisen auch auf einen linksseitigen Lungentumor hin. Kachexie. Fieber. Während des Klinikaufenthalts Geburt eines Fötus, der nach 24 Stunden stirbt. Bald darauf, drei Tage später, Exitus der Pat. Die Sektion ergab ein ausgedehntes Karzinom der rechten Niere und eine große Pleurametastase linksseitig.

Pyozyaneus-Urethritis. Heilung durch Vaksinetherapie (Urétrite à bacille pyocyanique. Guerison par la vaccinotherapie), von A. Grimberg und M. Uzan. S. 289—290. 21jähr. Mann. März 1921 Blennorrhoe, im Ausfluß auch viele Staphylokokken, nach einem Monat scheinbar geheilt. Juli 1921 Rückfall, Behandlung aber bald durch eine Reise unterbrochen. Im Oktober Hydrarthrose des rechten Kniegelenks, wenig Gonokokken im Ausfluß. Sechs Injektionen von Lipogon, Fulguration des Gelenks. Die Gonokokken verschwinden, im Ausfluß massenhaft Staphylokokken und Bacillus pyocyaneus. Sechs Injektionen Autovakzine: Heilung der Urethritis und der Arthritis.

Einige kleine Winke für die Behandlung der Blennorrhoe. Langdauernde Behandlung (Quelques petites finesses du traitement de la blennorragie. Les traitements prolongés), von Jules Janet. S. 291. Führt eine lange Behandlung nicht zum Ziele und existieren keine sichtbaren Herde (Taschen der Urethra, Morgagnische Lakunen, Infektionen der Cowperschen Drüsen, Prostata, Samenblasen usw.), so muß man seine Zuflucht nehmen: 1. zur Stärkung der Abwehrkräfte des Organismus durch Vakzinetherapie oder 2. die Stärke der Kalium-permanganat-Lösung erhöhen (bis 0,4‰ für die Urethra anterior bis 0,75‰) oder 3. diese durch andere Medikamente ersetzen. Besonders zu empfehlen ist in diesem Falle Hg oxycyanat 0,15—0,5‰. Argyrol ist weniger gut, Protargol und Albargin wirken ausgezeichnet, schädigen aber bisweilen die Schleimhaut mehr, Hegonon ist in Frankreich weniger gebräuchlich, Akriflavin (Akriflavin ist die englische Nachahmung des deutschen Trypaflavins von Casella [Redaktion]) oder Gonakrin, das vor allem in Amerika gern gebraucht wird, findet nicht Janets Beifall.

E. Sklarz-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Maligne Neubildungen.

Über die allgemeine Indikationsstellung zur Röntgenbestrahlung maligner Geschwülste, von Schmieden-Frankfurt. (Strahlenther., Bd. 13, H. 2, S. 430—437.) Der Vortrag enthält mit dem folgenden (Holfelder) die Richtlinien, nach denen die Schmiedensche Klinik arbeitet, und eine kritische Beleuchtung der Forderungen früherer Autoren. Jedes Karzinom wird, wenn operabel, operiert und nachbestrahlt. Außerdem gewinnt eine einmalige intensive Vorbestrahlung an Bedeutung. Alle inoperabeln Karzinome werden bestrahlt, ebenso die inoperabeln Karzinomrezidive. Wegen der Kosmetik können ungünstig sitzende Gesichtskrebse ausschließlich operiert werden; Sarkome werden immer bestrahlt. Die Technik, nach Seitz u. Wintz verbessert, nach Holfelder erstrebt die räumliche homogene Durchstrahlung mit der Heildosis. Unwissenschaftliche Vorbestrahlung führt zu Schädigungen. Die Röntgentherapie scheint der Radiumtherapie überlegen.

G. W. Unna-Hamburg.

Die Röntgentherapie der malignen Tumoren und der äußeren Tuberkulose, von H. Holfelder-Frankfurt. (Strahlenther., Bd. 13, H. 2, S. 438—467.) Die Technik und der Zweck, der Nutzen und die eventuelle Schädigung der homogenen Durchstrahlung werden klargelegt, der Begriff der prozentualen Tiefendosis erläutert, der Holfeldersche Felderwähler beschrieben. Aus dem speziellen Teil der Arbeit interessiert den Dermatologen folgende bedeutungsvolle Bemerkung. Beim Hautkrebs gelingt trotz der Anwendung harter, schwer gefilterter Strahlung in vielen Fällen nur eine vorübergehende, scheinbare Heilung. Das bald danach auftretende Rezidiv ist dann unglücklicherweise oft überhaupt nicht mehr zur Rückbildung zu bringen. Um den Nachteil auszugleichen, der darin liegt, daß wir bei der Haut kein Kreuzfeuer auf den Tumor eröffnen können, bestrahlt H. aus 80 cm Entfernung und erlangt so eine praktisch homogene Strahlung. Im dritten Teil wird die Technik der viszeralen und chirurgischen Tuberkulosebehandlung besprochen, mit Ausnahme der Hauttuberkulose.

G. W. Unna-Hamburg.

Welche Bedingungen sind maßgebend für die Röntgenbehandlung der Hautkrebse?, von W. Brock-Kiel. (Strahlenther., Bd. 13, H. 1. S. 1—40.) Mitteilung der in den letzten zehn Jahren an der Kieler Hautklinik nach einheitlicher Dosierungstechnik bestrahlten Formen von Hautkrebsen. Resultate nach Lokalisation verschieden, gute dann, wenn der Krebs in drüsenarmer Umgebung, ungünstig die präaurikulären Krebse, was der gleichzeitigen Drüsenbestrahlung zugeschrieben wird. Wegen der zahlreichen nicht kurz wiederzugebenden Einzelfolgerungen sei auf das Original hingewiesen.

G. W. Unna-Hamburg.

Bericht über 266 Fälle von primärem Karzinom der Mundschleimhaut, von Hermann Küttner-Breslau. (M. m. W., 1921, Nr. 21, S. 771) Ein lupusähnliches, oberflächliches Karzinom, ein Drüsenkrebs des harten Gaumens, zwei gewöhnliche Drüsen, sonst gewöhnliche Plattenepithelkrebse. 81% Männer; meist zweite Hälfte des fünften Dezenniums. 19% Frauen; meist erste Hälfte des vierten Dezenniums. 43% starke Raucher, mindestens 15,5% Syphilitiker, in 33% mechanische Insulte. Alkohol bedeutungslos. Frühzeitige Erkrankung der regionären Lymphdrüsen. Bei der Operation grundsätzlich Lokalanästhesie. (Nur 4,4% Lungenkomplikationen gegen früher 19%.) Ausgedehnte Operation. Vollständige doppelseitige Ausräumung aller submentalen, submaxillaren, tiefen, zervikalen, bei Vergrößerung auch der subklavikularen Lymph- und der Submaxillarspeicheldrüsen. Von den Operierten lebten 19% über 3, 15% über 5, 10% über 8, 3.8% über 10, 2.5% über 12 Jahre. Meist Lokalrezidive. Rückgang der Drüsenrezidive durch die radikale Entfernung aller Drüsen von 30 auf 11%. Zeit des Auftretens der Rezidive i. d. R.: im 1. Jahr, doch auch noch im 14. Spätrezidive z. T. Folge von Neuerkrankungen auf dem Boden der Leukoplakie. Prozent der Dauerheilungen: Tonsillen 7.7. Mundboden 11,7, Zunge 17.2, Gaumen 25, Wangenschleimhaut 33,4. Auch ergebnislos Operierte leben noch durchschnittlich 5—6mal so lange als die inoperabeln Fälle. Sehr ungünstige Erfolge mit Röntgen. „Allzuhäufig wird der Fehler gemacht, daß bei WR + Krebs ausgeschlossen wird, während doch die Neigung des Luikers und namentlich des luischen Rauchers zum Mundkrebs jedem Arzt bekannt sein sollte."

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Die Röntgentherapie der Hautkarzinome, von G. Miescher, Derm. Klin., Zürich. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 32.) Von den vier Gruppen der Hautkarzinome, dem Basalzellenkrebs mit seinen wichtigsten Unterformen Ulcus rodens und Ulcus terebrans, dem Stachelzellenkrebs oder Kankroid, dem Melanom bzw. Melanokarzinom, dem metastatischen Karzinom kommen praktisch nur die beiden ersten in Betracht, da die anderen außerordentlich selten sind. Das Bestreben muß dahin gehen, Reizwirkungen durch zu schwache Bestrahlungen sowie die fast immer nur an wiederholte Bestrahlungen sich anschließenden schweren Schädigungen auszuschalten, d. h. mit einer einzigen Bestrahlung auszukommen und Nachbestrahlungen tunlichst zu vermeiden. Die Erythemdosis muß dazu unter Umständen um ein wesentliches überschritten werden, um Röntgenreaktionen zweiten Grades (Rötung, Schwellung, Blasenbildung, oberflächliche Ulzeration) zu erzielen. Bei den oberflächlichen Formen sind gute Dauerresultate zu erzielen, dagegen ist es bei den tieferen Formen des meist von der Nase oder dem Augenlid ausgehenden Carcinoma terebrans wesentlich schwieriger, eine genügend große Dosis in den entferntesten Teil der Geschwulst zu bringen. Dabei ist vor allem der Schutzwirkung von Knochensubstanzen Rechnung zu tragen. Ungenügende Bestrahlung verschlechtert die Prognose. Ebenso liegen die Verhältnisse beim Kankroid. Die Technik stützt sich auf die biologisch beim Menschen ermittelte Erythemdosis für die verschiedenen Strahlenhärten; als physikalische Vergleichsbasis dient die iontoquantimetrische Messung, unter deren Kontrolle die Röhren beständig gehalten werden. Eine absolute Karzinomdosis gibt es beim Hautkrebs nicht. Eine Bestrahlung der Lymphdrüsen ist beim Basalzellenkrebs und Ulcus terebrans völlig überflüssig, beim Kankroid bleibt die Frage noch offen. Beim oberflächlichen Basalzellkrebs und den nicht zu ausgedehnten Formen der Kankroide sind die Erfolge der Röntgen- und Radiumtherapie gleich ideale, für ausgedehntere Karzinome kann die Radiumtherapie nur in Konkurrenz treten, wenn kräftige, in ihrer Form geeignete Präparate zur Verfügung stehen. Die chirurgischen Methoden werden abgelehnt. Die Wirkung der Strahlentherapie sucht man jetzt nicht in der Schädigung der Karzinomzelle, sondern in einer Funktionsreizung des Bindegewebsapparates in seinem Kampfe gegen das vordringende Karzinom. Diese Anschauung erscheint jedoch nicht genügend bewiesen, besonders mit Rücksicht auf die vorliegenden guten Erfolge mit einer die Bindegewebsreizdosis weit übersteigenden Dosis. Für die oberflächlichen Karzinome ist die Steigerung der Dosis bis auf die Höhe, welche Heilung mit Sicherheit verbürgt, geboten; bei der Tiefentherapie sind der Dosierung durch die örtlichen Verhältnisse Schranken gezogen, die eine erhebliche Steigerung über die Dosis von 110% der Erythemdosis nicht möglich erscheinen lassen. Hier kann vielleicht die Unterstützung der Röntgenwirkung durch entzündungssteigernde Maßnahmen, funktionssteigernde Bestrahlungen gewisser Organe (Milz, Thymus, Thyreoidea) von Bedeutung werden. E. Levin-Berlin.

Der Krebs der männlichen Brustdrüse, von Julius Fessler-München. (Verhdlg. 6. Tagung d. Vereinig. Bayrischer Chir., München, 2. II. 1921.) (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 172, H. 5—6). Im allgemeinen treten in der männlichen Brustdrüse die ersten Drüsenbläschen erst nach der Pubertät auf; besonders reichlich zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre gehen die Drüsenbläschen infolge fettiger Degeneration zugrunde. Da hier bei einem Manne im vorgerückten Alter von 57 Jahren in einer Brustdrüsenkrebsgeschwulst außer Deckepithelkrebs auch Drüsenepithelkrebs, und zwar sowohl Bildungen in Richtung der Schweißdrüsen- als auch Milchdrüsenbläschen zu finden sind, müssen entweder noch Reste von Drüsenbläschen übrig geblieben sein oder die Entstehung des Krebses war nach der Cohnheimschen Theorie durch zurückgebliebene verlagerte oder versprengte Keimanlagen bedingt. E. Levin-Berlin.

Zur Kenntnis der Häufigkeit und der Lokalisation von Krebsmetastasen mit besonderer Berücksichtigung ihres histologischen Baues, von H. Kitain-Rußland. (Virch. Arch., 1922, Bd. 238, H. 2, S. 289—309.) Die Zahl der Metastasen ist im einzelnen Falle meist viel häufiger, als allgemein angenommen wird. Die Häufigkeit steht in enger Beziehung zum histologischen Bau und der örtlichen Ausbreitung des Primärtumors. Je mächtiger er sich lokal entwickelt, desto beschränkter pflegt im allgemeinen die Metastasenbildung zu sein. H. Soltmann-Leipzig.

Was erreichen wir mit der chirurgischen Behandlung des Sarkoms?, von Hermann Küttner-Breslau. (Klin. W., 1922, Nr. 26, S. 1293.) Verf. teilt das Sarkommaterial — der Untersuchung liegen 740 Fälle zugrunde — in drei Gruppen: 1. unbedingt zu bestrahlende Sarkome. Hierher gehören alle inoperabeln Sarkome, ferner diejenigen der Lymphdrüsen und der Schilddrüsen, desgleichen die der Tonsillen; 2. unbedingt zu operierende Sarkome. In diese Gruppe fallen alle außer unter 1. genannten

Digitized by Google

und eventuell die Sarkome, die vom Periost der Röhrenknochen ausgehen, da bei diesen die operativen Dauerresultate schlecht sind. Alle übrigen — Haut-, Faszien-, Muskel-, Knochen-, Mamma-, Hoden-, Zungen-Sarkome u. a. — sind unbedingt zu operieren; 3. bedingt dem einen oder anderen Verfahren zugehörige Sarkome. Hierunter faßt Verf. alle Sarkome, deren Operation eine besonders große Lebensgefahr darstellt, oder besonders furchtbare Verstümmelungen verursacht. Bei diesen Fällen spricht sich Verf. erst für einen Bestrahlungsversuch aus und nur nach Versagen desselben für Operation, z. B. große Sarkome des Becken- und Schultergürtels und des Schädeldaches. Verf. rät aber zu prophylaktischer Bestrahlung nach der Operation selbst bei Fällen mit Metastasen in den inneren Organen. E. Langer-Berlin.

Über einen Fall von Hautsarkomatose (Sopra un caso di sarcomatosi cutanea), von A. Tomaselli. (La Rif. M., 1922, Nr. 27.) Beschreibung eines Falles von Rundzellensarkomen der Haut bei einem 56jähr. Manne. Während der Fall vom diagnostischen Standpunkte aus höchstens dadurch ein Interesse bietet, daß, da die Antopsie verweigert worden war, nicht festgestellt werden konnte, ob es sich um eine primäre oder sekundäre Erkrankung handle, ist derselbe in therapeutischer Hinsicht interessant, weil einige Injektionen von Kupferzyan zwar eine sehr günstige lokale Einwirkung zeigten, aber den rapid verlaufenden letalen Ausgang nicht verhindern konnten. Verf. empfiehlt erhöhte Vorsicht beim Gebrauche des Kupferzyans in Fällen von malignen Tumoren. E. Freund-Triest.

Mund und Nase.

Die Zunge als Quelle von Systeminfektionen (The Tongue as a Source of Systemic Infection), von Thomas R. French-Brooklyn, N. Y. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 12.) Nichts besonderes. E. Levin-Berlin.

Über Epithelverhornung der Gaumenmandeln (Keratosis tonsillaris), von Erich Gäbert-Leipzig. (M. m. W., 1922, Nr. 12, S. 431.) 3 Fälle. Die Krankheit besteht in einer sehr starken Verhornung des Oberflächenepithels, speziell der Buchten, die zu Hornzapfenbildung führen kann. Übriges Epithel teilweise verdickt, teilweise durch Druck atrophisch. Entzündungen im Bindegewebe sind Folge, nicht Ursache. Beobachtungen an einem Neugeborenen lassen den Schluß zu, daß es sich nicht um Epithelmetaplasie, sondern um eine Entwicklungsstörung handelt. Dafür spricht auch die (nicht regelmäßige) Verbindung mit Einlagerung von Knorpelmasse in die Mandeln. Mit Pilzen hat das Leiden nichts zu tun, diese siedeln sich nur nachträglich an. Die Bezeichnungen Pharyngomycosis leptothrica und Mycosis tonsillaris benigna sind daher für solche Fälle nicht anwendbar. Der eigentlichen Mandelpfröpfe sind dreierlei: 1. die rein eitrigen der Angina follicularis, 2. die aus Epithelien und Bakterien bestehenden, manchmal verkalkenden Reste von Mandelentzündungen, 3. die stinkenden graugelblichen Pilzpfröpfe. A. v. Notthafft-München.

Pepsinbehandlung bei Leukoplakie und anderen Verhornungsprozessen in der Mundhöhle, sowie ihre Anwendung bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, von Gottfried Trautmann-München. (M. m. W., 1922, Nr. 20, S. 742.) Die Unnasche Lösung wurde teils eingerieben, teils eingespritzt. Es wurden, aber nicht durchgehend, bei Leukoplakie, schwarzer Haarzunge und Hyperkeratosis lacunaris tonsillarum mäßige Erfolge erzielt. Als Transporteur von Heilmitteln wirkte sie bei Anlagerung an das Trommelfell: Der Karbolsäuregehalt brachte die akute Mittelohrerkrankung in einer Reihe von Fällen zum Rückgang; auch konnte es die Kokainisierung vor Parazentesen erleichtern. Es scheint auch der Milchsäurewirkung auf Leukoplakien günstig vorzuwirken. A. v. Notthafft-München.

Seltene Form der Makrocheilie, von Roedelius-Hamburg. (Klin. W., 1922, Nr. 22, S. 1097) Bekannt sind die angeborene und die erworbene Makrocheilie, und zwar ist bei beiden meist die Oberlippe, seltener die Unterlippe betroffen. Die Entstehung ist entweder auf echte Geschwulstbildung oder auf entzündliche Prozesse zurückzuführen Verf. macht auf eine seltenere Entstehungsform aufmerksam, bei der primär die Lippenschleimdrüsen erkrankt sind. Auch hier kommen entweder entzündliche Veränderungen oder echte Geschwulstbildung in Frage. Unter Anführung der bisher darüber vorhandenen Literatur erwähnt Verf. mehrere Fälle, bei denen Adenombildung der Schleimdrüsen zur Makrocheilie geführt hat. Er führt sie als kongenitale Anomalie auf, die meistens mit anderen Gesichtsmißbildungen kombiniert ist. Auch wenn die Erkrankung den Träger nicht stört, ist die Beseitigung ratsam, da auf ihrem Boden eine Karzinombildung möglich ist. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Über Neosalvarsanbehandlung von Mundhöhlenwunden (Zur Kasuistik der Skisportverletzungen: Pfählung durch den Mund), von ADOLF RITTER-Zürich. (M. m. W., 1918, Nr. 18, S. 672.) A. v. Notthafft-München.

Über experimentelle Maul- und Klauenseuche, von H. A. GINS und R. WEBER-Berlin. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 3, S. 180—186.) Immunisatorische Beziehungen bestehen zwischen Maul- und Klauenseuche und Vakzine nicht. Das Virus kann durch Meerschweinchenpassagen seine Virulenz für andere Tiere verlieren. Es kann sich im Blut natürlich infizierbarer Tiere vermehren und Immunität gegen spätere Infektionen erzeugen. Die Übertragung des Virus auf Meerschweinchen gelingt nur unter gewissen, bisher noch unbekannten Bedingungen. Ist die Übertragung auf Meerschweinchen gelungen, so ist meist die Virulenz für Schweine und Rinder verloren gegangen.
F. Harry-Berlin.

Maul- und Klauenseuche (Aphthae epizooticae) am Auge, von W. FEILCHENFELD-Charlottenburg. (D. m. W., 1922, Nr. 26, S. 867.) 2 Tage nach der Infektion zeigten sich aphthöse Knoten an beiden Lidern, an den Lidrändern kruppös belegte Infiltrate. Es bestand ferner starkes Ödem und Drüsenschwellung unter dem Kinnwinkel und am Hals. Die Übertragung erfolgte durch Handreichen einer infizierten Person und nachfolgendes Reiben der Augen. Therapie: Sublimatspülung 1:4000, 2% Kollargoltropfen und 10% Kollargolsalbe. F. Harry-Berlin.

Ein Beitrag zur septischen Stomatitisform, von KARL KUNDRATITZ-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 28, S. 624.) Verf. beschreibt einen Fall von schwerster septischer Stomatitis, bei der im Verlaufe der Erkrankung auch die übrigen Schleimhäute (Darm, Konjunktiven, Urethra, Bronchien) miterkrankten. Es handelt sich, wie auch bei früher von anderer Seite beschriebenen Fällen, um ein Kind. Bakteriologisch konnte außer den gewöhnlichen Bakterien der Mundflora nichts Besonderes festgestellt werden. Therapeutisch war der Prozeß weder durch lokale medikamentöse Behandlung, noch durch Milchinjektionen beeinflußbar und heilte schließlich selbständig ab.
E. Langer-Berlin.

Bismutstomatitis (Stomatite bismuthique), von R. AZOULAY. (Presse méd., 1922, Nr. 13, S. 134.) Bei Verwendung von Bismutpräparaten zur Behandlung der Syphilis, wie sie namentlich von SAZERAC und LEVADITI empfohlen worden ist, sieht man nicht selten, namentlich bei der Injektion von größeren Dosen, mehr oder weniger stark entzündliche Vorgänge, ebenso wie bei der Hg-Behandlung auftreten. A. unterscheidet drei Abstufungen: die partielle Stomatitis, die mittelschwere diffuse und die von ihm allerdings nur bei Experimenten an Hunden beobachtete schwere Form, welche den Tod der Versuchstiere herbeiführte. Das erste Symptom der beginnenden Bismutstomatitis bildet der an der Zahngrenze des Zahnfleisches sich entwickelnde Saum, der unter Umständen schon nach einer einzigen Injektion auftreten kann. Im allgemeinen ist der Prozeß durchaus benigner Art und weicht auf Anwendung von hygienischen Maßregeln und Spülungen mit Kali chloricum bald. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Ozäna mit submukösen Paraffininjektionen, von Ch. BAUMGÄRTNER, Oto-laryngol. Univ.-Klin. Basel. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 21.) In fast allen Fällen Beseitigung der lästigen Krankheitserscheinungen durch die Operation, deren Technik näher beschrieben wird: Hinweis auf die Tatsache, daß der Ozäna oft Lues zugrunde liegt. E. Levin-Berlin.

Haare und Nägel.

Veränderungen an Fingernägeln nach Gelenkrheumatismus und Tuberkulose (Changes in Finger Nails after Rheumatic Fever and Tuberculosis), von WILLIAM H. ROSENAU-Baltimore. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 23, S. 1783—1787.) Der Verf. berichtet über die Ergebnisse seiner Beobachtungen, die er zum Teil in Baltimore, zum Teil am Pirquet-Kinderkrankenhaus in Wien gemacht hat. Dazu 4 Abbildungen und 1 Tabelle. Ätiologisch kommen hauptsächlich in Betracht: Gelenkrheumatismus, Tuberkulose in ihrer aktiven Form, Chorea, seltener Scharlach, Windpocken, Empyem, Typhus und HODGKINsche Krankheit. In 22 Fällen von Gelenkrheumatismus fanden sich 18 Fälle mit Veränderungen der Nägel. Auffallend war, daß sich die Veränderungen besonders zeigten, wenn Herzbeschwerden das jeweilige Leiden komplizierten. Die Veränderungen bestanden in kleinen punkt- bis stecknadelkopfgroßen Vertiefungen (bis zu 22 an einer Nagelplatte), die teils unregelmäßig, teils in Querreihen angeordnet waren. Ferner wurden gefunden Längs- und Querfurchen, teils vollständig, teils unvollständig. Sie

Digitized by Google

wurden frühestens 5 Wochen nach dem Krankheitsbeginn beobachtet, teils bestanden sie noch nach 15 Jahren. Bei aktiver Tuberkulose wurden die Veränderungen in 70% der Fälle entdeckt. Von 200 Kontrollfällen ohne Rheumatismus oder Tuberkulose nur 4,5% Nagelveränderungen. F. Quasig-Hamburg.

Ursachen und Behandlung des Haarausfalles, von Fr. M. Meyer-Berlin. (Klin. ther. W., 1922, Nr. 19/20, S. 170—174.) Zu berücksichtigen sind örtliche Ursachen und Allgemeinerkrankung (Infektionskrankheiten, Schwangerschaft, Unterernährung, Neurasthenie). Die Quarzlichtbehandlung ist die wirksamste therapeutische Maßnahme. Es handelt sich um Anregung der geschwächten Haarpapille zur Proliferation durch Erzeugung von Hyperämie. Dafür kommen gerade die Strahlen in Betracht, die im obersten halben Millimeter der Haut zur Absorption gelangen. Wird die Lampe einfach über das Kopfhaar eingestellt, so entfaltet der größte Teil der Strahlen bereits im Haar seine Wirkung, nur ein geringer Bruchteil gelangt zur Haut. Der zweite Fehler ist, daß die Dauer der einzelnen Sitzung stets erhöht wird. Hierdurch erzeugen wir nur Pigmentierung, kein Erythem, ohne das Hyperämie undenkbar ist. Verf. Methode: In Zwischenräumen von je 1 cm werden 10 Scheitel gezogen, je 2 werden in einer Sitzung gleichmäßig lange betrahlt; nach Durchführung wird der Turnus wiederholt, so daß eine Kur aus zehn Sitzungen besteht. Zu verwerfen sind Ondulation, Kopfmassage, häufige Kopfwäsche. Die Behandlung ist als eine symptomatische anzusehen und mit anderen Maßnahmen zu kombinieren, die der Ursache der Erkrankung gerecht werden.
H. Soltmann-Leipzig.

Differentialdiagnose zwischen Area Celsi und Trichophytie (Diagnostic differentiel de la pelade et des teignes tondantes), von R. Sabouraud-Paris. (Presse méd., 1922, Nr. 14, S. 146.) Dem Facharzt nichts Neues. Der praktische Arzt macht nach den Erfahrungen von S. allzu häufig den Fehler, irgend ein stehengebliebenes, nicht befallenes Haar, anstatt die Haarstümpfe tragenden Borken, auf Trychophyton zu untersuchen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Schnellkur bei Krätze (Traitemant rapide de la gale), von Ehlers-Kopenhagen. (Brux. méd., 1921, Nr. 15, nach Presse méd., 1922, Nr. 14.) Das Hauptmoment bei dieser Behandlung besteht in der Verwendung einer unter besonderen Kautelen hergestellten Schwefelverbindung, K_2S_5, die sich durch weit größere milbentötende Wirksamkeit von der offizinellen Schwefelleber unterscheidet. Man löst bei gelinder Hitze 100 g Schwefelblume in 200 g einer 50%igen Lösung von Kaliumhydrat bei geeigneten Vorkehrungen gegen die dabei entstehende große Hitze. Das alsdann filtrierte Produkt erscheint schön orangegelb. Man mischt alsdann je 225 g Vaselin und wasserfreies Lanolin bei niedriger Temperatur und setzt in kleinen Portionen den Schwefel bis zur Gesamtmenge von 375 g zu. Mit dieser Masse wird nach guter Abwaschung mit Kernseife der ganze Körper mit Ausnahme der Hände, welche der Pat. sich Abends selbst mit der Salbe einreibt, eingepinselt. Am folgenden Abend werden die Hände nochmals eingerieben und tags darauf wird die Kur mit einem Bade beendet.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfahrungen mit dem Krätzemittel „Catamin", von R. Schelcher-Dresden. (M. m. W., 1922, Nr. 8, S. 270.) Catamin ist der geschützte Name für eine Schwefelzinksalbe. Vorzüge: Wirksamkeit, Billigkeit, Stillung des Juckens, Reizlosigkeit und gute Beeinflussung des postskabiösen Ekzems der eitrigen Kratzeffekte usw.
A. v. Notthafft-München.

Über die Diagnose der Skabies und ihre Behandlung mit Pronatol, von Eduard Bäumer-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 15, S. 471—472.) Zur Diagnose Skabies gehört das Aufsuchen des Milbenganges. Das Pronatol ist eine 5%ige Lösung des ungiftigen Chlor-Xylenol mit 2—5% Zimtaldehyd sowie einem Zusatz von Sulf. praecip., Zinc. oxyd., Calc. carbonic. und Glycerin. Es beschmutzt nicht die Wäsche und belästigt den Kranken nicht durch Klebrigkeit und Geruch. G. Heymann-Elbing.

Krätzebehandlung mit Mitigal, von H. Planner-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 33, S. 1402-1405.) Mitigal, ein 25% Schwefel enthaltendes Öl, genügt allen Ansprüchen an ein Antiskabiosum: sichere Heilwirkung, Schonung der Wäsche, Unauffälligkeit in Geruch und Wäsche. Ohne vorhergegangenes Reinigungsbad wurden die Patienten 3mal in 12stündigen Intervallen mit Mitigal eingerieben. In der Hälfte der Fälle Nachlassen des Juckreizes bereits nach der ersten Einreibung; Recidive äußerst selten. Impeti-

Digitized by Google

gines und Krätzeekzeme persistierten länger als nach Wilkinson-Behandlung. Bei Pediculosis capitis genügte eine abends vorgenommene Applikation mit nachfolgendem Verband, um die Parasiten bis zum nächsten Morgen zu vernichten. Bewährt hat sich M. auch bei Pityriasis rosea, Ekzemen, Urtikaria, Pruritus senilis. Stets schwand der Juckreiz schnell oder wurde gelindert, stets bewies sich die Reizlosigkeit des Mittels.
H. Soltmann-Leipzig.

Mitigalbehandlung der Skabies, von L. Burbi-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 34/35, S. 1458-1459.) Mitigal stellt zur Zeit das beste Krätzemittel dar und erfüllt alle Anforderungen: es ist geruch- und farblos, im Preis erschwinglich und schützt bei richtiger Anwendung vor Rezidiven. Gewöhnliche Kur: Vorhergehendes Bad, an 3 aufeinanderfolgenden Tagen Einreibungen. Schnellkur: Erst Bad mit Seifenabreibung, dann 3 Einreibungen an einem Tage.
H. Soltmann-Leipzig.

Bemerkungen zu dem Artikel Balban: „Zur Behandlung der Skabies in der Kassenpraxis" (W. m. W., 1922, Nr. 28), von M. Oppenheim-Wien. (W. m. W., Nr. 33, S. 1405—1406.) Verf. wendet sich gegen Balbans Ansicht, daß das Mitigal billig sei: Nach O. ist Mitigal 44mal so teuer wie Wilkinson und 36mal so teuer wie Hardysche Schwefel-Pottasche-Salbe. Demnach ist für die allgemeine Spitals-, Kassen- und Armenpraxis Mitigal vollständig auszuschließen. Nur 2 Methoden kommen in Frage: im Spitale die Wilkinson-Kur, ambulatorisch die Schnellkur mit Hardy-Salbe.
H. Soltmann-Leipzig.

Erwiderung, von W. Balban-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 33, S. 1405-1406.) B. wies nur auf die relative Billigkeit des Mitigals hin. Bei Anwendung der Wilkinson-Salbe muß der größte Teil der Kranken durchschnittlich 4 Tage im Krankenhaus verbleiben, er belastete somit die Kasse im Januar 1922 mit dem 4fachen des Mitigalpreises. Was die Schnellkur betrifft, so ist sie bei einer großen Zahl von Kranken kontraindiziert: bei Dermatitiden, Herz-, Lungen-, Nierenkranken und dekrepiden Individuen. Bei der Schnellkur betrug im Januar der Preis (1 Tag Krankengeld und 1 Verpflegstag) noch um 163 Kr. mehr als der des Mitigals.
H. Soltmann-Leipzig.

Über Myiasis muscosa (von Sarcophaga magnifica Schiner) auf Favus (Myiasis muscosa [da Sarcophaga magnifica Schiner] su tigna favosa), von P. Stancanelli-Catania. (Il Policlinico, 1922, Nr. 42.) Beschreibung eines Falles von Parasitismus der Larven von Sarcophaga magnifica bei einem favuskranken Schäfer, angeblich kurz nach einem Trauma. Ort der Ansiedlung war das Hinterhaupt, wo sich ein hühnereigroßer, ovaler, teigig-weicher, zahlreiche Fistelgänge enthaltender Tumor befand, der sich in kürzester Zeit entwickelt haben soll. Im Innern des Tumors fanden sich zahllose Larven, welche als zur Spezies der Sarc. magn. gehörig identifiziert wurden. Verf. weist auf das seltene parasitäre Vorkommen dieser Fliegenart hin und nimmt mit anderen Autoren an, daß das Insekt durch den penetranten Geruch der Favuserkrankung oder anderer Dermatosen angelockt werde, im zersetzten Krankheitsprodukt seine Eier zu deponieren, um den ausschlüpfenden Larven Nahrung zu verschaffen. Im speziellen Fall kann das Trauma eine Kontinuitätstrennung der Haut und damit das tiefere Eindringen der bereits auf der Oberfläche des Hinterhauptes befindlichen Larven bewirkt haben.
E. Freund-Triest.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Zum Scharlachproblem, von Rudolf Degkwitz, Univ.-Kind.-Kl. München. (M. m. W., 1922, Nr. 26, S. 955.) Eine höchst lehrreiche Darstellung nach einem Vortrag in der Münch. Gesellsch. f. Kinderheilkunde, die aber zum Referat nicht geeignet ist. Es sei nur hervorgehoben, daß das Rekonvaleszentenserum den Organbefund und weiteren Verlauf nicht, sondern nur Fieber, Kreislaufschwäche, Dyspnoe und Benommenheit beeinflußt, und daß Vortr. eine sehr große Anzahl von Kindern durch Rekonvaleszentenserum vor Scharlach geschützt haben dürfte. Dieser Schutz dauert nur drei Wochen.
A. v. Notthafft-München.

Einige Punkte der Scharlachdiagnose (Some Diagnostic Points in Scarlet Fever), von Harold R. Mixsell-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 15.) Erfahrungen an der Hand von 500 innerhalb der letzten drei Jahre im Willard Parker-Hospital beobachteten Fällen. Nichts Besonderes.
E. Levin-Berlin.

Über Herzstörungen beim Scharlach, von Slavko Hirsch. (M. Kl., 1922, Nr. 4, S. 112.) Dem Verhalten des Herzens und Kreislaufapparates bei Scharlach kommt eine große Bedeutung zu, obzwar aus der Schwere der Fälle keine greifbaren Anhaltspunkte

Digitized by Google

für die folgenden Herzerscheinungen ableitbar sind. Die Ursache der akut verlaufenden und ad exitum führenden Fälle sehen wir in akut auftretender Endo- und Myokardschädigung in Kombination mit Tonuserschlaffung und Vasomotorenlähmung, und glauben, daß auch in diesen Fällen der atonischen Dilatation große Bedeutung zuzumessen ist. Des weiteren wird hervorgehoben, daß ebenso wie jede Infektionskrankheit, auch der Scharlach eine wirkliche Endo- bzw. Myokarditis mit allen Folgen für das Herz verursachen kann und daß Herzaffektionen nicht selten, wie angenommen wird, auftreten — höchstwahrscheinlich auf der Basis einer Streptokokkenmischinfektion.

G. Heymann-Elbing.

Das Auslöschphänomen bei Scharlach, von Charlotte Steinkopf-Berlin-Britz (Inaug.-Diss.). (Zschr. f. Kindhlk., 1921, Bd. 31.) Verf. untersucht die Frage, ob das Auslöschphänomen absolut charakteristisch für Scharlach ist, d. h., ob intrakutan injiziertes Normalserum allein bei Scharlach das Exanthem in etwa handtellergroßem Bezirk „auslöscht", d. h. zum Verschwinden bringt (direkte Methode); ferner, ob das Serum von Scharlachrekonvaleszenten, sicher Scharlachkranken injiziert, stets dies Auslöschphänomen vermissen läßt (indirekte Methode). Ferner erörtert sie die Frage, ob das Auslöschphänomen immer bei Scharlach vorhanden ist, und ob das Scharlachfrührekonvaleszentenserum als einziges nicht auslöscht. Die erste Frage kann Verf. nach ihrem Material nicht eindeutig beantworten. In der Beurteilung der zweiten Frage kommt sie zu dem Schluß, daß das Auslöschphänomen manchmal auch bei sicherer Scharlacherkrankung ausbleibt. Das Auslöschphänomen ist ihrer Ansicht nach in manchen Fällen ein wichtiges Hilfsmittel, aber keineswegs immer vorhanden. — Anschließende theoretische Erörterungen über das Wesen des Scharlachphänomens und seine Beziehungen zur Pathogenese des Scharlachs sowie zur Scharlachimmunität.

F. Jacobsohn-Berlin.

Praktische Anwendung des Auslöschphänomens bei der Differentialdiagnose des Scharlachs, von G. Haselhorst-Hamburg-Eppendorf. (M. m. W., 1922, Nr. 4, S. 116.) Nachprüfungen der Angaben von Schulz und Charlton. Bestätigung, daß Frühserum niemals auslöscht, und nur Scharlachexanthem ausgelöscht wird; aber bei Verwendung von Spätserum 20% Versager, bei Normalserum 60% Versager. Es wird bemängelt, daß die Methode zu spät erst die Diagnose gestattet, daß nicht immer Scharlachrekonvaleszenten zur Verfügung stehen und daß gerade in den diagnostisch schwierigen Fällen das „Auslöschphänomen" gewöhnlich im Stiche ließ.

A. v. Notthafft-München.

Auslöschphänomen und Scharlachdiagnose, von J. Blum-Köln. (M. m. W., 1922, Nr. 13, S. 466.) Es genügen $^1/_2$ ccm Serum. Inaktiviertes Serum läßt sich so gut verwenden wie natives. Aussehen des Exanthems und vasomotorische Erregbarkeit der Haut sind gleichgültig. Wichtig ist die strenge Intrakutanbehandlung. Mit einem Standardserum wurde jedesmal Erfolg erzielt. Bei Verwendung des Serums von an verschiedenen Infektionskrankheiten Erkrankten wurden 14,3% Versager beobachtet. Hämolytische Sera eignen sich manchmal nicht. Bei anderen scharlachähnlichen Hautexanthemen wurde das Auslöschphänomen nicht erzielt. Serum von Scharlachkranken, das vor dem siebenten Krankheitstage gewonnen war, erzeugte nie das Auslöschphänomen; zwischen dem 7. und 14. Tage trat die Fähigkeit des Serums wieder in 30% ein. Bei chirurgischem Scharlach waren die Ergebnisse widerspruchsvoll. Es kam sogar vor, daß das Ergebnis der „direkten" Methode (Einspritzung von Normalserum in den Wundscharlach) der „indirekten" (Einspritzung des Wundscharlachserums in die Haut von Scharlachkranken) widersprach.

A. v. Notthafft-München.

Pocken in Bagdad (Variola in Baghdad), von H. C. Sinderson. (Edinburgh m. J., 1922, Bd. 29, Nr. 1.) Im Herbst 1921 wurde in Bagdad eine Pockenepidemie beobachtet, die ziemlich plötzlich mit dem Herannahen des kalten Wetters erlosch. Eine hohe Mortalität zeigte sich in den Fällen zwischen erstem und drittem Jahre, jenseits von zehn Jahren waren die Fälle relativ spärlich. Von den 139 Fällen unter zehn Jahren konnte nur in 14 eine erfolgreiche Impfung nachgewiesen werden; nur einer dieser Fälle endete tödlich.

E. Levin-Berlin.

Über Variola-Vakzine-Immunität, von Gustav Morawetz-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 26, S. 580.) Außer den Abwehrvorgängen im Hautorgan müssen auch im Blut Immunkörper vorhanden sein, um im allgemeinen Immunität zu erreichen. Das Vorkommen der Antistoffe im Blute ist auf eine Immunkörperbildung in Zellkomplexen der inneren Organe in erster Reihe zurückzuführen und nicht allein auf die Schutzkörperbildung der Epidermiszellen. Die Schleimhäute haben eine der Epidermis nicht

Digitized by Google

parallelgehende Immunität. Diese ist bei ihnen in der Hauptsache von der des Blutes abhängig. Bei der Vakzineimmunität erlischt die allgemeine Immunität rascher als die der Haut, dagegen nicht nach überstandener Variola, wofür als Ursache das bei letzterer längere Verweilen des Erregers im Kreislauf und in den inneren Organen angeführt wird. Bei Erkrankung der Mutter an Variola kann ein Neugeborenes in den ersten Lebenswochen eine vorübergehende Immunität aufweisen. Nur vereinzelt sind Fälle von angeborener Immunität gegen Variola und Vakzination. E. Langer-Berlin.

Blaseninhaltsstoffe über spezifischen Reaktionen (II). 3. Varizellenschutzimpfung, von Erwin Thomas und Walther Arnold-Köln. (M. m. W., 1922, Nr. 13, S. 464.) Wenn die Verff. den Inhalt der mittels Kantharidinkollodiums über einem Varizellenbläschen erzeugten Blase einen gesunden Kinde einspritzten, so wurde damit ein Impfschutz gegen eine stärkere Varizelleninfektion erzeugt. Und zwar scheint Blaseninhalt vom dritten Tage des Exanthems ziemlich zuverlässig zu schützen, während solches vom fünften Tag dieses nicht mehr genügend besorgt.

A. v. Notthafft-München.

Varizellen und ultraviolette Strahlen, von Arnold Sack-Heidelberg. (M. m. W., 1922, Nr. 16, S. 591). Wenn Ref. den anscheinend durch den Setzerteufel etwas durcheinandergeworfenen Aufsatz des bekannten Dermatologen richtig versteht, ist die Folge einer einem Schafblatternausschlag vorausgehenden Höhensonnenbestrahlung eine besonders schwere Ausschlagsform gewesen. Geschildert wird jedoch nicht der Ausschlag auf diesem sensibilisierten Boden, sondern die sehr schwere Erkrankung bei der Ansteckungsquelle. A. v. Notthafft-München.

Über Roseola typhosa, von E. Nobel-Wien (Bemerkungen zur gleichnamigen Arbeit von Eugen Fraenkel in Bd. 93). (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkhtn., 1922, Bd. 96, H. 2, S. 255—256). In der in der D. m. W., 1918, Nr. 27, gemeinsam mit Zilczer veröffentlichten Arbeit über „Paratyphus-A-Fälle mit Exanthem" handelte es sich um die Beantwortung der Frage, ob im histologischen Befund der exzidierten Roseolen auch differentialdiagnostische Momente gegenüber den Fleckfieberroseolen zu konstatieren wären. Fraenkel bezeichnet derartige Untersuchungen als überflüssig, nachdem er mehrere Jahre vorher den für Fleckfieberroseolen spezifischen von dem der Typhusroseolen völlig abweichenden Bau klargestellt hatte. N. hält diese Untersuchungen für dringend erwünscht. Fraenkel verlangt ferner zur einwandfreien Diagnose von Typhus- oder Paratyphusroseolen Feststellung der Erreger in den exzidierten Hautstückchen durch Bebrütung. N. aber sicherte die Diagnose ihrer Paratyphus-A-Kranken durch die allgemein anerkannten serologischen und bakteriologischen Methoden.

H. Soltmann-Leipzig.

Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen über Roseola paratyphosa, von E. Fraenkel-Hamburg. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkhtn., 1922, Bd. 96, H. 2, S. 257.) Verf. hat schon 1915 und 1916 festgestellt, daß Fleckfieber- und Paratyphusroseolen völlig voneinander verschieden sind, und daß man zwar in der Lage ist, aus dem mikroskopischen Bild die Diagnose auf Fleckfieber zu stellen, keineswegs aber auf Typhus bzw. Paratyphus, da histologische Veränderungen in den Roseolen letzterer uncharakteristisch sind, und nur der Nachweis der Krankheitserreger in den Roseolen die Diagnose gestattet. H. Soltmann-Leipzig.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Dr. John William Ballantyne, leitender Arzt am Royal Maternity Hospital und Professor der Gynäkologie an der Universität Edinburgh, berühmt durch seine embryologischen und teratologischen Arbeiten. R.

Berichtigung. In Nr. 1, S. 15, Zeile 3 von unten (Sitzungsbericht der Berliner Dermatologischen Gesellschaft) muß es heißen statt „keine Umschläge": „heiße Umschläge".

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

3. März 1923 | Nr. 9 | Band 76

Aus der Deutschen dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. C. Kreibich).

Beitrag zur Kenntnis der symptomatischen Purpura.

Von

Dr. Marie Pucholt.

Der Symptomenkomplex der Purpura tritt aus verschiedenen Gründen in Erscheinung. Neben den Erkrankungen auf Basis der essentiellen Thrombopenie (Morbus Werlhofii) tritt die Purpura auch infolge symptomatischer Thrombopenie bei verschiedenen Erkrankungen besonders septischer Natur auf.

Das klinische Bild allein genügt häufig nicht, um den einzelnen Fall streng zu klassifizieren. Unter Heranziehung der genauen Anamnese sowie des hämatologischen Befundes sind wir jedoch häufig in der Lage, die Ursache der Purpura im speziellen Falle festzusetzen. Immerhin gibt es Fälle, bei welchen die sichere Unterscheidung zwischen essentieller und symptomatischer Thrombopenie ungemein schwer ist. Der nachstehende Fall ist insofern interessant, als er in dieser Hinsicht besondere Schwierigkeiten geboten hat.

Anamnese. 1. VIII. 1922. 32jähr. Patientin. Seit $^3/_4$ Jahren bestand weißer Fluß, seit Mai 1922 nächtliche Kopfschmerzen. Anfang Juni 1922 schwollen beide große Labien an, die Geschwulst ging nach 3 Wochen auf Umschläge mit essigsaurer Tonerde zurück. 26. VI. konstatierte der behandelnde Arzt sowie ein zum Konsilium herangezogener Dermatologe ein luetisches makulo-papulöses Exanthem, das bereits 3 Wochen vor der Konsultation bestanden haben soll. Nach weiteren $2^1/_2$ Wochen, innerhalb welcher $2^1/_2$ Hg-Schmiertouren erfolgten, entstanden Abszeßbildungen am Fuß und in der Achselhöhle, sowie ein über den ganzen Körper ausgebreitetes juckendes Exanthem, das später stark schuppte, und eine Stomatitis. Hg wurde ausgesetzt, dafür Jodkali gegeben.

28. VII. setzten starke Blutungen ein in das Unterhautzellgewebe, aus der Mundschleimhaut und aus dem Genitale. Vor 10 Tagen waren die regelrecht eingetroffenen Menses beendet, daher ein Abortus vom behandelnden Arzt ausgeschlossen und die Pat. als Lueskranke an die Klinik verwiesen.

Status praesens. Stark anämische Pat. Temperatur 6 Uhr post meridiem 38.2; Puls 129. Am linken Mundwinkel eine kronengroße blauviolette Suffusion. Schwere ulzeröse Stomatitis mit Blutsuffusionen der Wangen- und Gaumenschleimhaut, blauviolette Verfärbung derselben, Blutung des Zahnfleisches; Foetor ex ore. Festhaftender fibrinöser Belag auf beiden Tonsillen mit teilweise eitrigem Zerfall derselben. Periostitis mandibularis dextra. Haut des Stammes und besonders der unteren Extremitäten zeigten reichliche bis über linsengroße blauviolette Purpuraflecke, die älteren von brauner Färbung. Daneben zahlreiche bis kronengroße Suffusionen. Von einem luetischen Exanthem oder Residuen davon war nichts zu sehen.

Therapie. Diginorgin 3mal 10 Tropfen täglich. Zitronensaft und Gurgeln mit Pregellösung, Pinselung der Tonsillen mit Sol. neosalvarsani 0.3 auf 2 Aqua destill.

2. VIII. Abstrich von den Tonsillen ergab grampositive Kokken, vereinzelte Refringenten und fusiforme Stäbchen, wie sie auf jeder Wunde der Mundschleimhaut vor-

Digitized by Google

zukommen pflegen. Blutkultur negativ, WR negativ. Im Harn nichts Pathologisches. Fieberremissionen von 3° C. Genitalblutungen. Milztumor.

4. VIII. Blutbefund: Erythrozyten 1420000, Färbeindex 1,0. Leukozyten 14500, Stabkernige 1510 = 10,4%, Neutrophile 9400 = 65,9%, Lymphozyten 1860 = 12,8%, Eosinophile 230 = 1,6%, Mononukleäre 960 = 6,6%, Normoblasten 110 = 0,8%. Mastzellen 30, Myelozyten und Metamyelozyten 2,8%. Anisozytose, Polychromasie. Thrombozyten fast 0, d. h. unter 100 im Kubikzentimeter Blut. Blutungszeit: Nach 1/8 Stunde noch immer blutend. Retraktion 0.

7. VIII. Tägliche Temperaturremissionen von 2—3° C. Tonsillen reinigen sich. Genitalblutungen dauern an. Harn: Eiweiß 0. Diarrhöen mit Blut und Schleim.

9. VIII. Suffusion am linken Mundwinkel zurückgegangen. Morgentemperatur 36,6; Abendtemperatur 38,8. Purpuraflecke an den Extremitäten zurückgegangen. Genitalblutungen schwächer, abgehendes Blut zeigt wäßrige Beschaffenheit, nicht übelriechend. Stuhl mit Blut und Schleim vermengt. Therapie dieselbe; Zitronensaft ausgesetzt.

Blutbefund: Erythrozyten 1308000. Leukozyten 7380, Stabkernige 9,2%, Neutrophile 42,8%, Lymphozyten 22,7%, Eosinophile 2,2%, Mononukleäre 4,5%, Reizformen 9,5%, Normoblasten 1,1%, Mastzellen 0,5%, Myelo- und Metamyelozyten 7,5%. Blutungszeit: Nach 1/8 Stunde noch immer blutend. Anisozytose, Polychromasie, Poikilozytose, basophile punktierte Erythrozyten. Thrombozyten 0.

11. VIII. Diarrhöen halten noch an, etwas Blut und Schleim beigemengt. Entfiebert, Periostitis am rechten Mandibularast zurückgegangen.

12. VIII. Andauernd fieberfrei. Stuhl geformt. Genitalblutungen geringer. Harn: Eiweiß 0.

13. VIII. Temperatur 4 Uhr p. m. 37,8. Neue hellrote stecknadelkopfgroße Purpuraflecke über der linken Klavikulargegend und auch einige am rechten Unterschenkel.

14. VIII. Blutbefund: Erythrozyten 1616000, Färbeindex 0,8, Leukozyten 6620, Stabkernige 6,7%, Neutrophile 58,3%, Lymphozyten 22,7%, Eosinophile 2,5%, Mononukleäre 3,5%, Normoblasten 3,5%, Reizformen 0,5%, Mastzellen 0,7%, Endothelzellen 0,2%, Myelozyten und Metamyelozyten 1,2%. 120 Thrombozyten im Kubikzentimeter Blut.

15. VIII. Kleinfleckiges Leukoderma colli, das in den folgenden Tagen immer deutlicher wurde, zum ersten Male beobachtet. Genitalblutungen wiederum stärker. Das abgehende Blut von wäßriger Beschaffenheit, nicht übelriechend. Auch Blutkoagula gehen ab.

16. VIII. Transferierung auf die gynäkologische Klinik. Kürettage des Uterus. Befund: Normale Schleimhaut. Fieberfrei.

18. VIII. Rücktransferierung: Fieberfrei. Keine Genitalblutungen.

20. VIII. Blutbefund: 5000 Thrombozyten im Kubikzentimeter Blut.

22. VIII. Besserung andauernd.

24. VIII. WR negativ.

26. VIII. Milztumor zurückgegangen, Milz eben noch palpabel.

31 VIII. Menses eingetreten. Etwas Schmerzen in den Füßen, sonst Befinden gut.

2. IX. Blutbefund: Leukozyten 6000, Thrombozyten 53000.

Wie aus dem mitgeteilten Status ersichtlich ist, handelt es sich um eine Patientin, bei der es im Anschluß an ein makulo-papulöses Exanthem und eine Quecksilberinunktionskur zu einer universellen Hg-Dermatitis sowie ulzerösen Stomatitis mit septischen Zuständen kam, worauf nach abgeheilter Dermatitis und bei bestehender ulzeröser Stomatitis der Symptomenkomplex der Purpura aufgetreten ist. Beim Versuche, die Ursache der Purpura im vorliegenden Falle festzustellen, haben wir folgende Möglichkeiten zu berücksichtigen.

1. Der luetische Erkrankungsprozeß an sich wurde mehrfach als Ursache von Purpura beschrieben. So berichtet z. B. Brodfeld von einem derartigen Fall: „Typisches Ulcus durum (Spir. pall. positiv, WR ++++), zahlreiche punktförmige und streifenförmige Blutaustritte an den unteren Extremitäten und vereinzelte am Bauche und den Seitenteilen des Brustkorbes. Nach einer Hg-Inunktionskur werden die Hämor-

Digitized by Google

rhagien kleiner und verschwinden im Laufe der antiluetischen Behandlung ganz."

Bei der Seltenheit dieser Fälle möchte ich für unseren Fall diese Annahme ablehnen, um so mehr, als der schwer septische Zustand der Patientin eine andere viel wahrscheinlichere Erklärung nahe gelegt hat und der Blutbefund, insbesondere die hochgradige Thrombopenie, keinesfalls auf luetische Schädigung des myeloischen Gewebes zurückzuführen war.

2. Ist die Möglichkeit zu erwägen, ob die hämorrhagische Diathese nicht auf die toxische Wirkung des zugeführten Quecksilbers zurückzuführen ist. Es ist außer Zweifel, daß bei der Patientin eine Hg-Überempfindlichkeit bestanden hat, diese hat sich wie immer in solchen Fällen unter dem Bilde der universellen Dermatitis und einer Stomatitis gezeigt.

Trotz der zahlreich beobachteten Fälle von Hg-Dermatitis ist das gleichzeitige oder nachträgliche Auftreten von Purpura nicht bekannt. Wir möchten daher die Möglichkeit der Purpurabildung auf Basis der allgemeinen Giftwirkung des Hg in unserem Falle ablehnen. Sollte diese doch bestehen, dann wäre die Purpura nicht durch Gefäßschädigung infolge des Hg zu erklären, sondern es müßte eine toxische Schädigung des myeloischen Systems angenommen werden, welche allein die hochgradige Thrombopenie erklären könnte; was uns unwahrscheinlich erscheint und bisher trotz des großen vorliegenden Materials von Hg-Schädigungen nicht beobachtet worden ist.

3. Als dritte Möglichkeit kommt das Auftreten des Symptomenkomplexes der Purpura im Anschluß an septische Zustände in Betracht, bei welchen es zu einer toxischen Schädigung des myeloischen Gewebes und daraus resultierender symptomatischer Thrombopenie kommt, welche die Grundlage für das Zustandekommen der Blutungen bildet. Mit Rücksicht darauf, daß die Patientin in einem schweren septischen Zustand mit schweren ulzerösen Prozessen der gesamten Mund- und Rachenschleimhaut eingeliefert wurde, und die Blutungen nach Abheilung der Dermatitis und erst nach Auftreten der Stomatitis begonnen haben, möchten wir die Auffassung vertreten, daß es sich im vorliegenden Falle um eine symptomatische Purpura gehandelt hat. Für diese Auffassung spricht das Aufhören der Blutungen mit Abheilung der Stomatitis und der septischen Allgemeinerscheinungen sowie das relativ rasche und kontinuierliche Aufsteigen der Thrombozytenzahl. Das klinische Bild allein mußte am ersten Krankheitstage an akute Leukämie denken lassen, was durch den Blutbefund ausgeschlossen wurde.

Im Gegensatz zur akuten Leukämie, die ja bei oberflächlicher Betrachtung manchmal ein ähnliches klinisches Bild erzeugt (hämorrhagische Diathese, Fieber) und bei der die Thrombopenie durch vollkommenen Schwund der Megakaryozyten (infolge Verdrängung durch die Myeloblastenwucherung) entsteht, hat es sich bei unserem Fall um eine toxische Schädigung der Megakaryozyten gehandelt. Die Schädigung äußerte sich scheinbar in einer verminderten Funktion, d. h. verminderte Abschnürung von Blutplättchen.

Ebenso war die essentielle Thrombopenie (Morbus Werlhofii) in Betracht zu ziehen, gegen die der schwere ulzeröse Prozeß der Mundschleim-

Digitized by Google

haut sprach, da bei dieser Erkrankung das Zahnfleisch wohl stark blutend und gequollen, doch nie ulzerös zerfallen ist.

Zusammenfassung: Es handelt sich um einen Fall von symptomatischer Thrombopenie, hervorgerufen durch toxische Schädigung des myeloischen Gewebes (Megakaryozyten), die im Anschluß an eine ulzeröse Hg-Stomatitis mit septischem Allgemeinzustand aufgetreten ist und zum Symptomenkomplex der Purpura geführt hat.

Aus dem Pathologischen Institut des städtischen Krankenhauses im Friedrichshain in Berlin (Prosektor: Prof. Dr. Ludwig Pick).

Vom Penis ausgehende Septikopyämie (penigene Septikopyämie) als Folge unspezifischer geschlechtlicher Infektion.

Von

Dr. med. Martin Friesleben,
ehemaligem Medizinalpraktikanten des Instituts.

Die durch den Geschlechtsverkehr auf die männliche Urethra übertragenen Infektionen sind mit ganz geringen Ausnahmen spezifisch venerischer Natur. Die weiblichen Kopulationsorgane, besonders die Vulva, beherbergen außerdem — meist freilich im abgeschwächten Zustande — noch andere pathogene Keime, z. B. Staphylococcus pyogenes aureus, Streptococcus pyogenes, Bacterium coli commune, Micrococcus tetragenus u. a. Somit ist, besonders bei kleinen Läsionen der Urethralschleimhaut des Mannes (Schrunde, Erosion), die Möglichkeit der Infektion auch mit solchen Keimen gegeben.

Schon von Bockhart (1) wird über urethrale Infektionen beim Manne durch Scheidensekret berichtet. Gross (2) behandelte mehrere Fälle von nichtgonorrhoischen Urethritiden, die sich nach dem Koitus mit menstruierenden oder gynäkologisch kranken Frauen einstellten. Bei drei Fällen ergaben die vom Sekret angelegten Kulturen Staphylokokken.

Bei einem 34jährigen an akuter Urethritis erkrankten Manne konnten vier Tage post coitum von Vaunod (3) Staphylokokkenreinkulturen gezüchtet werden.

Influenzabazillen, ohne eine Spur von Gonokokken, fand Cohn (4) in einem schleimig-eitrigen Urethralsekret, drei Wochen post coitum. Auch abgesehen von der Urethra können durch den Koitus in anderen Organen nicht gonorrhoische Entzündungen und Erkrankungen veranlaßt werden. So wurden von einem anonymen französischen Autor den Pneumokokken ähnliche Mikroorganismen neben Staphylokokken gefunden im Anschluß an Coitus in os bei einer Frau mit aphthösen Geschwüren der Mundhöhle.

Im allgemeinen stellen sich die durch den Geschlechtsverkehr akquirierten eitrigen Entzündungen der Harnröhre als harmlos dar.

Digitized by Google

Die Frage, ob es auch bei diesen „unspezifischen“ durch den Geschlechtsverkehr vermittelten Urethritiden zu einer Allgemeininfektion kommen kann, ist bisher kaum aufgeworfen, geschweige denn entschieden.

Eine Beobachtung, die mir Herr Prof. Dr. L. Pick von seinem während des Krieges obduzierten Material zur Bearbeitung freundlichst überließ, soll in dieser Richtung den sicheren Beweis erbringen.

32jähr. Pat., von Beruf Zimmerpolier, wurde stark benommen in das Krankenhaus, damaliges Reservelazarett, aufgenommen. Er gab an, er hätte sich schon einige Tage unwohl gefühlt. Am Tage vorher hätten sich unter starkem Frost Husten sowie Stiche in der linken Brustseite eingestellt. Er könne nicht gut atmen. Überdies habe er sich vor wenigen Tagen geschlechtlich infiziert; sein Glied sei nach dem Verkehr alsbald stark geschwollen, er habe starke Schmerzen beim Urinlassen. Weitere anamnestische Angaben waren bei der starken Benommenheit des Patienten nicht zu erhalten.

Aufnahmebefund: 6. II. 1,72 m großer Mann von kräftigem Knochenbau, mäßig entwickelter Muskulatur und mittlerem Ernährungszustand. Stark somnolent. Die sichtbaren Schleimhäute sind mäßig gut durchblutet, die Lippen haben einen Stich ins Zyanotische. Pupillen etwas erweitert, beiderseits gleich, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. Bestreichen der Haut ruft starkes Nachröten hervor. Zunge trocken, schmutziggrau belegt. Die Atmung ist oberflächlich, sehr frequent. Nasenflügelatmen. Lungen bis auf vereinzelte mittel- und feinblasige Rasselgeräusche in beiden Unterlappen ohne Besonderheiten. Herzdämpfung zeigt mäßige Verbreiterung nach rechts. Spitzenstoß weder sicht- noch fühlbar. Töne dumpf und leise. Auswurf spärlich, schaumig, zum Teil schleimig-blutig. Leib etwas eingezogen, sonst weich.

Der Penis ist auffallend stark geschwollen, ohne besondere Verfärbung, erigiert; die Schwellung fühlt sich derb an und reicht bis an das Mittelfleisch heran. Hoden und Vorhaut stark ödematös; aus der Harnröhre entleert sich auf Druck eine grünlichgelbliche Flüssigkeit (Eiter). Urin etwa 800 ccm, hochgestellt, blutig. Temperatur 40,2. Puls weich, klein, 120, leicht aussetzend.

Klinische Diagnose: Gonorrhoe (?), Entzündung der Cowperschen Drüsen (Periurethritis). Behandlung: dreimal täglich 15 Tropfen Digitalysat, dreimal täglich eine Tablette Urotropin, zweistündlich je ein Eßlöffel Infus. Ipec. Prießnitzbinde um die Brust. Jodglyzerinpinselung des Penis und Umschläge mit essigsaurer Tonerde (1 : 10) auf das geschwollene Glied.

Krankheitsverlauf: 7. II. Zustand verschlimmert. Pat. stark benommen, starkes Nasenflügelatmen. Zyanose. Gesicht kühl. Klagt über starke Schmerzen in der Brust. Ungefähr in der Höhe des zweiten Rippenzwischenraumes links starke Reibegeräusche, überall katarrhalische Erscheinungen. Die Farbe des geschwollenen Penis ist livid. Harnentleerung erfolgt spärlich, der Harn ist blutig. Puls aussetzend, klein. Behandlung: Schröpfköpfe, Jodpinselung, Sauerstoffinhalation, intramuskuläre Einspritzung von Digitalysat; zweistündlich ein Kampferpulver, Benzoe, schwarzer Kaffee; Champagner. 1 Uhr eine Kampferspritze, 5 Uhr eine Spritze Digitalysat, 7 Uhr eine Kampferspritze. 8 Uhr 45 Exitus letalis.

Die Sektion wurde am 8. II. vormittags vorgenommen (Prof. Dr. L. Pick).

Sektionsprotokoll: I. Äußere Besichtigung: Mäßig kräftiger Knochenbau. Totenstarre an Armen, Beinen und Kiefern. Sehr reichliche Totenflecke. Der Penis ist auf fast das Doppelte geschwollen, hart, starr, die Vorhaut namentlich ventralwärts außerordentlich ödematös, fast durchsichtig. Die Harnröhrenmündung ist fest verklebt. Der Grund des Hodensackes ist teigig geschwollen. Der Penis ist so starr, daß er fast einem erigierten gleicht. Penisumfang 14 cm. Auf der linken Brustseite vier etwa markstückgroße frische Blutungen.

Weiche Bedeckungen und Schädeldach ohne Besonderheiten. Auf der harten Hirnhaut außen mäßige Injektion. Im Längsblutleiter wenig flüssiges Blut und weiche Gerinnsel. Harte Hirnhaut nicht besonders gespannt. Innenfläche zart und blaß. Weiche Häute zart, nicht besonders injiziert. Grundfläche des Gehirns mit zarten Blutgefäßen. In den Blutleitern der harten Hirnhaut flüssiges Blut. Weiche Häute leicht abziehbar. Gehirn von guter Festigkeit, mäßig blutreich, feucht, sonst ohne Herde. Mittel- und innere Ohren frei.

Digitized by Google

II. Brust- und Bauchhöhle: Bauchfell glatt und spiegelnd. Därme ohne Abweichungen. Wurmfortsatz frei von Verwachsungen, an der Gallenblase eine alte breite Verwachsung. Harnblase drei Finger breit über der Schoßfuge. Zwerchfellstand rechts vierte Rippe, links vierter Zwischenrippenraum. Die Lungen sinken wenig zurück, so daß der Herzbeutel nur in geringer Ausdehnung frei liegt. Rechts und links bestehen lockere Verklebungen. In der linken Brusthöhle über 100 cm blutig-eitrige Flüssigkeit. Im Herzbeutel wenige Tropfen klarer Flüssigkeit. Das Herz hat die Größe der rechten Faust. Die Spitze wird von der linken Kammer gebildet, sie ist fest zusammengezogen, die rechte schlaff; der Herzbeutel ist vollkommen frei. Im Vorhof der rechten Herzkammer und der Lungenschlagader ein weiches Speckgerinnsel. Klappenapparat des Herzens ist zart und frei. Das Foramen ovale ist offen. Dicke der Herzwände und Weite der Herzhöhlen ohne Abweichungen. Der Herzmuskel derb, fest, braunrot; die Kranzgefäße klaffen etwas, sind weit, frei und glatt. Die linke Lunge ist ziemlich groß, sehr schwer, der Unterlappen ist mit abstreifbaren graugelblichen Fibrinmassen bedeckt, ebenso finden sich matte Beschläge im unteren Teil des Oberlappens. Unter dem Brustfellbezug des Unterlappens zahlreiche Blutungen, an der Oberfläche des Oberlappens vielfach bis erbsengroße hämorrhagische Herdchen, teilweise mit gelblichen Zentren. Nahe dem Unterrand des Oberlappens auf der Vorderfläche ein kirschgroßer blutiger Infarkt. Dort, wie auch sonst an der Stelle der genannten Herde, überall feine fibrinöse Auflagerungen. Das Lungengewebe ist überall lufthaltig. Die Bronchialdrüsen bis bohnengroß, feucht, gerötet. Auf dem Durchschnitt Lungengewebe sehr blutreich, entleert auf Druck etwas feinschaumige Flüssigkeit. Luftröhrenäste in der Lunge mit geröteter Schleimhaut enthalten wenig feinblasigen Schaum.

Rechte Lunge: aus dem Hauptbronchus entleert sich schmutzig-grauliche Flüssigkeit. Rechter Unterlappen gleichfalls mit gelben, abziehbaren Fibrinbeschlägen. Mittellappen fehlt. Ober- und Unterlappen sind verwachsen. Auf einem großen Teil des Oberlappens matte Beschläge und Herdchen wie anderseitig. Lungengewebe überall lufthaltig, nur wenig in den hinteren Abschnitten des Ober- und Unterlappens. Durchschnitt wie anderseitig. Luftröhrenäste in den Lungen desgleichen. Zungengrund, Gaumenmandeln, Kehlkopfeingang, Rachen- und Speiseröhrenschleimhaut, Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut frei. In der Luftröhre etwas schmutzig gefärbter Schleim. Schilddrüse und Aortenbogen ohne Besonderheiten.

Die Milz (13 : 7,5 : 2,5) schlaff, mäßig derb, auf dem Durchschnitt graurot, sehr feucht, abstreifbare Pulpa. Follikel und Trabekel nicht sichtbar. Linke Nebenniere, Nierenblutgefäße und linker Harnleiter sind frei. Die linke Niere läßt die fibröse Kapsel nicht ganz leicht abziehen, Oberfläche grau-rötlich-bräunlich, glatt. Parenchym schlaff, aber ziemlich derb. Masse 12 : 6,6 : 3,5. Durchschnitt graurötlich, etwas trübe. Pyramiden dunkler. Nierenbecken blaß und glatt. Rechte Nebenniere, Nierenblutgefäße, Harnleiter und Niere verhalten sich wie anderseitig. Im Magen bräunlich-trübe, mit feinen Bröckeln untermischte Flüssigkeit, in Menge von mehreren hundert Kubikzentimetern. Magenschleimhaut blaß. Die Zwölffingerdarmschleimhaut nicht verdickt. Papille frei, desgleichen das Band zwischen Zwölffingerdarm und Leber. Die Leber ist von gewöhnlicher Größe und guter Festigkeit. Auf dem Durchschnitt braun. Läppchenzeichnung ziemlich deutlich, mäßig blutreich. Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Gekröse, Herzschlagader ohne Besonderheiten. Nebenhoden, Samenleiter ohne Besonderheiten.

Beckenorgane samt Penis werden im Zusammenhang herausgenommen. Im Mastdarm wenig geformter Kot. Die Schleimhaut ist glatt und frei. Darm ohne besonderen Befund. Wurmfortsatz in der unteren Hälfte obliteriert. Penis über 13 cm lang, in der Art einer harten Erektion. Der hintere Teil der Harnblase wird abgetragen. Die Blasenschleimhaut ist glatt und frei.

Das Präparat wird in natürlichen Farben nach L. Pick konserviert. Nach erfolgter Härtung wird eine Anzahl frontaler Schnitte durch den Penis so angelegt, daß nur an diesen Stellen eine schmale ventrale Hautbrücke stehen bleibt. So läßt sich überall die Veränderung des Durchschnittes im ganzen übersehen. Man trifft allerwärts bedeutendste Schwellung und Vergrößerung der Corpora cavernosa, sowohl der Schwellkörper des Penis, wie des Schwellkörpers der Harnröhre. Sie erscheinen dunkelblaurot, fast schwärzlich und sind mit dichten thrombotischen Massen ausgestopft. Das Corpus cavernosum urethrae wird namentlich links von einem gelblich-eitrigen schmalen Saume eingescheidet. Die Veränderung betrifft die drei Schwellkörper des Penis in ihrer ganzen Länge. Die Urethralschleimhaut erscheint gelblich und geschwollen, stark kontrastierend mit dem dunkelschwarzroten Urethralschwellkörper. Die Vorsteherdrüse

Digitized by Google

ist groß, weich, namentlich in ihrer rechten Hälfte punktförmig und diffus durchblutet. Stellenweise scheinen auch kleine Abszeßchen in diesen Blutungen eingelagert. Eine besondere Veränderung der Cowperschen Drüse ist nicht auffindbar.

Anatomische Diagnose: Akute Entzündung des ganzen Penis, Ödem der Vorhaut und des Hodensackes. Doppelseitige metastatische Lungenabszesse. Blutig-eitrig-fibrinöse Entzündung der Pleura links, fibrinöse Entzündung der Pleura rechts. Blutüberfüllung und mäßiges Ödem der Lungen. Alte Verwachsungen zwischen rechtem Ober- und Unterlappen (Mittellappen fehlt). Akute infektiöse Splenitis. Hämorrhagien in der Bauchhaut. Alte Obliteration der distalen Wurmfortsatzhälfte.

Mikroskopische Befunde: Für die mikroskopische Untersuchung werden senkrecht auf die Längsachse des Penis Scheiben der Schwellkörper exzidiert; ebenso frontale Scheiben der Prostata, namentlich aus dem rechten durchbluteten Lappen. Einbettung in Paraffin, Färbung mit Hämalaun-Eosin, nach van Gieson, nach Gram mit Karminvorfärbung, panoptisch nach Pappenheim.

Die Urethralschleimhaut ist auffallend gut erhalten, das Epithel in geschlossener Lage vorhanden. Im Lumen nur einzelne abgelöste Epithelfetzen neben Eiterkörperchen. Das Corpus cavernosum urethrae erweist sich in dem größten Teil der meist stark erweiterten Endothelräume durch thrombotische Massen erfüllt. In anderen Abschnitten besteht bloße, allerdings exzessive Hyperämie. Die Thrombusmassen sind teilweise aus roten Blutkörperchen und Eiterkörperchen, sowie einem Fibrinnetz in feinerer und stärkerer Entwicklung zusammengesetzt. Zuweilen überwiegen die Eiterkörperchen oder es besteht eine rein eitrige Füllung der Endothelräume, oder aber es drängt sich eine eitrige Lage zwischen die Wand des Hohlraumes und den Thrombus. Die auskleidenden Endothelien sind nur da noch sichtbar, wo die kavernösen Räume entweder ohne besonderen Inhalt oder bloß durch Blut überfüllt sind. Am Rande des Corpus cavernosum urethrae, außerhalb der derben Faserhaut, die seine äußere Hülle bildet, ziehen, entsprechend den mit bloßem Auge festzustellenden, breite eitrige Ansammlungen durch das Gewebe, teilweise auch in die Faserhaut ausstrahlend. Größere Venen sind durch fast rein eitrigen Inhalt erheblich ausgedehnt, ihre Wand teilweise eitrig infiltriert. Die Littréschen Drüsen sind an einigen Stellen durch eitrige Ansammlungen weit dilatiert, ihr Epithel ist hier im Zerfall begriffen. Die gleichen Veränderungen mutatis mutandis gelten für die Corpora cavernosa penis.

Sehr schwere Zerstörungen zeigt auch die Prostata, besonders im rechten Lappen. Neben noch erhaltenen und erkennbaren Abschnitten des Organs finden sich bedeutende nekrotische Gebiete, mehr oder minder dicht von Eiterkörperchen durchsetzt nebst unregelmäßig verteilten Blutungen. Andere Male liegen außerordentlich erweiterte Drüsen in einem ödematösen, wiederum mehr oder minder von Eiterzellen durchsetzten Stroma. In den Drüsen entweder rein eitriger Inhalt bei teilweise noch erkennbarem Epithel, oder Blutkörperchen, gemischt mit abgestoßenen Epithelien und Eiterkörperchen. Gerade in diesen Drüsen trifft man Bakterien in dicken, unregelmäßigen, kleineren und größeren Haufen, sowie in reichlicher Menge in Einzellagerung. Es handelt sich durchweg um Staphylokokken. Auch einzelne kleinere und größere, ziemlich gut umschriebene Abszesse sind in die Prostatasubstanz hier eingesprengt. Sie entsprechen zum Teil einzelnen, durch Eiterung erweiterten Drüsen; teilweise entstehen sie, wie leicht ersichtlich, durch deren Konfluenz.

Hoden und Ductus deferens erweisen sich histologisch ohne besondere Veränderung. Spermiogenese von normalem Ablauf.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigt danach den makroskopischen Eindruck: frische Thrombose der Corpora cavernosa penis nebst akuter eitriger, nekrotisierender, mit Blutungen verbundener Prostatitis.

Die Bakterienpräparate (nach Gram; Panchrom) erweisen ausschließlich und in größten Mengen in eitrigen oder nekrotischen Bezirken Staphylokokken. Das Urethralepithel ist erhalten geblieben, nur ein Teil der Littréschen Drüsen ist durch akute Eiterung dilatiert, wohl von der Urethra her, aus der intra vitam reichlicher Eiterfluß bestand. Die Erhaltung des Urethralepithels, in Verbindung mit der außerordentlich intensiven und ausgedehnten Affektion der Schwellkörper macht es sehr wahrscheinlich, daß von der Eingangspforte an einer umschriebenen

Digitized by Google

Stelle von der Urethra aus die Infektion sogleich in die Tiefe vorschritt, d. h. auf das ganze Schwellkörpergewebe sich fortsetzte. Die perikavernitische Eiterung führte dann wohl per continuitatem zur Infektion der Prostata. Die Eiterung um die Faserhaut der Corpora cavernosa hatte stellenweise geradezu phlegmonösen Charakter. Hier waren auch etwas größere Venen im Zustande der eitrigen Thrombophlebitis nachweisbar.

Wenn auch bei Beginn der Erkrankung der Urethra bzw. des Penis, die sehr bald nach dem erwähnten Koitus einsetzte, der Eiter aus der Harnröhre auf Gonokokken nicht untersucht wurde, so läßt doch schon der ganze Verlauf der Affektion auf eine anderweitige Infektion und zwar, wie die mikroskopische Untersuchung erweist, durch Staphylokokken schließen. Sehr bald nach dem Koitus tritt starke Schwellung des Gliedes und erheblicher Schmerz beim Urinlassen auf, und wiederum sehr bald nach dieser Erkrankung gesellen sich die Symptome der Allgemeininfektion hinzu. Sie führt in wenigen Tagen zum Tode. — Im Sektionsbefund wird sie durch den infektiösen Milztumor und die multiplen, von hämorrhagischen Höfen umgebenen Herde der Lungen offenbar. Dazu tritt links eine blutig-eitrig-fibrinöse Entzündung der Pleura, rechts eine rein fibrinöse Entzündung der Pleura.

Herd und Ausgangspunkt der Septikopyämie ist ohne allen Zweifel die eitrige Urethritis und Thrombophlebitis (Kavernitis) des Penis. Gerade die starke Wirkung der die Harnröhre eitrig infiltrierenden Organismen in die Tiefe würde gegen eine einfache gonorrhoische Infektion sprechen, auch wenn der Staphylokokkennachweis nicht geglückt wäre.

Daß beide Hoden, Nebenhoden und Samenleiter, sowie die Samenblasen frei geblieben waren, sei besonders hervorgehoben.

Als weitere Besonderheit ist der Priapismus[1]) zu nennen, der während der ganzen Lazarettbehandlung bestand und auch an der Leiche noch in dem Maße vorhanden war, daß der Penis bei einem Umfange von 14 cm einem erigierten glich.

Der Priapismus, als solcher, kann gemäß den geläufigen Anschauungen bedingt sein: 1. lokal, z. B. durch ein strikturierendes Neoplasma an der Peniswurzel; 2. auf nervöser Basis, bei funktionellen oder anatomischen Erkrankungen des Gehirns oder des Rückenmarks, z. B. bei Tabes und schließlich 3. durch Allgemeinerkrankungen, von denen die Leukämie die bekannteste ist. Über die Ätiologie des Priapismus bei der letzteren Erkrankung gehen die Ansichten auseinander; die einen nehmen eine Reizung der Nervi erigentes an, die anderen eine Störung des Zentralnervensystems durch eine leukämische Blutung (Blum) (6).

In unserem Fall ist der Priapismus durch die Füllung der Corpora cavernosa penis sowie des Corpus cavernosum urethrae mit akut entstandenen Thrombusmassen und kleinen Eiterherdchen bedingt. Es wäre kein Priapismus, wollte man diesen nur bei einer Füllung der Corpora cavernosa mit flüssigem Blute gelten lassen (Lohnstein) (7). Doch sehe ich zu dieser Einschränkung der Definition keine Veranlassung, da Priapismus lediglich die harte erigierende Vergrößerung des Gliedes an sich bedeutet.

---

[1]) Priap = in der griechischen Sage der Sohn des Dionys und der Venus, der Gott des Feldes und der Herden, wird mit sehr großem Penis dargestellt.

Digitized by Google

Man geht wohl im vorliegenden Falle nicht fehl, irgend eine geringfügige Läsion der Urethralschleimhaut, die durch ein kleines Trauma, insbesondere bei Exzessen in venere hervorgerufen sein kann, als Eintrittspforte für die Erreger anzusehen. Mißt doch Jos. Koch (8) bei den Staphylokokkeninfektionen dem Trauma eine besondere Bedeutung bei. Freilich liegen nach Lenhartz (9) die wichtigsten Eingangspunkte in der Haut; doch sind andererseits, als von der Schleimhaut ausgehende Staphylokokkeninfektionen, am häufigsten Erkrankungen der Harnwege. Bei den Staphylomykosen soll Endokarditis öfter auftreten als bei Streptomykosen. In unserem Fall war der Klappenapparat des Herzens frei und zart. Der Gang der Staphylokokkeninfektion nach dem Eintritt der akuten eitrigen Urethritis war sicher wohl der, daß bei schnellem Vorschreiten in die Tiefe zunächst das kavernöse System des Penis und der Urethralschwellkörper infiziert wurde, gleichzeitig wohl auch die Prostata. Sehr bald erfolgte von der eitrigen Thrombophlebitis der Schwellkörper aus die Staphylokokkämie und die tödliche Allgemeininfektion.

Literatur:

1. Bockhart, zit. bei Schilcher. — 2. Gross, Über nicht gonorrhoische Urethritis. Arch. f. Derm., 1905, Bd. 75, H. 1. — 3. Vaunod, Des uréthrites aiguis non gonococciques. Ann. des mal. des org. gén. urin., 1905, Bd. 1, Nr. 6. — 4. Cohn, Eine primäre nicht gonorrhoische Urethritis. D. m. W., 1905, Nr. 29. — 5. Schilcher, Zur Kasuistik der Periurethritis des Mannes. Diss. München, 1903. — 6. Blum, Über Priapismus. W. kl. W., 1906, Nr. 38. — 7. Lohnstein, Über Priapismus. Allg. m. Ztg., 1906, Nr. 33, 35. — 8. Koch, Neuere Ergebnisse auf dem Gebiete der Staphylo- und Streptokokkeninfektion. Lubarsch-Ostertag, Ergebnisse der allgemeinen Pathologie. 1909, Bd. 13, H. 1. — 9. Lenhartz, Die septischen Erkrankungen. Nothnagels Handb. d. speziell. Path., 1903, Bd. 3.

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. November 1922.

Vorsitzender: Nobl. Schriftführer: Kumer.

Krüger (Abt. Oppenheim): 1. **Psoriasis plantaris mit keratomähnlichen Veränderungen.** 47jähr. Pat., hypertrophische Papeln ad anum, makulöses Exanthem des Stammes und der oberen Extremitäten, exulzerierende Papeln zwischen den Zehen. Außerdem beide Fußsohlen infiltriert und stark schuppend, so daß sie an Keratoma hereditarium erinnern; hochgradiger Plattfuß und schwere Dyshidrosis.

2. **Naevus anaemicus striatus.** An der linken oberen Extremität des 20jähr. Pat., über die linke Schulter bis zur Mittellinie ziehend, unregelmäßig begrenzte Streifen, die sich in ihrer Konfiguration verschieden präsentieren. Der schmälste zieht vom Akromion längs der Außenseite des Oberarmes über die Mitte des unteren Drittels des Oberarmes, läuft dann unter steter Verbreiterung radialwärts und endet an der Grundphalange des Zeigefingers. Ein zweiter läuft über die Außenfläche des Oberarmes bis in die Ellenbogengegend. Ein dritter beginnt an der Hinterfläche des Oberarmes, wird in der Oberarmgegend breit, fast die ganze Vorderseite bedeckend, und endet oberhalb des Handgelenkes. Ein vierter Streifen zieht von der Mitte der Skapulargegend horizontal zur hinteren Axillarlinie. Über der Mitte der XI. und XII. Rippe findet sich ein nach abwärts ziehender, etwa 5 cm langer Streifen. Die Streifen sind weiß, zum Teil bläulich-weiß, zum Teil sehnig glänzend, die Grenzen sehr unregelmäßig fleckig, manchmal auf der dunkelbraun pigmentierten Haut wie Kalkspritzer aussehend. Die Haare sind unpigmentiert. Eine Änderung der Resistenz gibt der tastende Finger nicht.

Digitized by Google

3. **Starkstromverbrennung beider Hände.** An dem rechten Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger ausgedehnte scharf begrenzte Verschorfungen. Stellenweise Blasenbildung mit deutlichen Strommarken. An der linken Hand sind die Veränderungen nicht so schwer. Die Verletzung entstand bei dem 28jähr. Monteur beim Auswechseln einer elektrischen Birne (220 Volt Wechselstrom).

Reiner: **Ulcus lueticum der hinteren Rachenwand.** Der 26jähr. Pat. hat im Jahre 1920 Lues akquiriert, stand in einem Wiener Krankenhause in Behandlung und erhielt 12 halbe Hg-salicyl.- und 4 Neosalvarsan-Injektionen. August 1922 begab er sich wieder in Spitalbehandlung und erhielt wieder 14 Hg- und 4 Neosalvarsan-Injektionen. Das frühzeitige Auftreten von Geschwürsprozessen dürfte auf die Unterdosierung des Salvarsans zurückzuführen sein.

Oppenheim: **Tuberkulose, Pyodermitis oder Trichophytie?** An der Außenseite der Mamma einer 76jähr. Frau ein handtellergroßer Herd, zentral unregelmäßig vernarbt, die Peripherie entzündlich gerötet. Zwischen Narbe und Entzündung ein zwei Finger breiter Ring von erbsen- bis haselnußgroßen, blauroten fluktuierenden Knoten. Aus ihnen entleert sich auf Druck ein dicker, gelber Eiter. Dauer der Affektion unbekannt. Berührung schmerzhaft. WR, Pirquet negativ. Kultur und mikroskopische Untersuchung ohne Ergebnis. Histologisch findet man Blutungen, Nekrosen und Epidermiswucherungen. Keine Plasma- und Epitheloidzellen, reichlich Lymphozyten und polynukleäre Leukozyten.

2. **Papulöses nodulöses Tuberkulid, einem Sarkoid ähnlich.** 22jähr. Frau, seit zwei Jahren an den Streckseiten der Extremitäten allmähliches Auftreten von braunroten, derben, zum Teil ringförmig angeordneten, zum Teil isolierten, ohne Narbenbildung und ohne Zerfall und ohne oberflächliche Veränderung einhergehenden Knoten. Subjektiv empfindungslos. Histologische Untersuchung ergibt Epitheloid- und Riesenzellen in großer Zahl um die Kutisgefäße angeordnet. An diesen selbst Intimaveränderungen. Um die Epitheloidzellen reichlich Lymphozyten. Demnach handelt es sich wohl um ein Tuberkulid. WR. Pirquet negativ.

3. **Onycholysis partialis dystrophica.** Bei einem 45jähr. an Landstreicherhaut leidenden Manne zeigen die Nägel des zweiten, dritten und vierten Fingers Ablösung vom Nagelbette, ganz ähnlich der von Oppenheim bei Wäscherinnen beschriebenen Onycholysis partialis, die für diesen Beruf ein charakteristisches Stigma ist. Diese unterscheidet sich jedoch von dem vorgestellten Falle dadurch, daß bei letzterem die Nägel im Bereiche der abgehobenen Partien gefurcht, dünn, brüchig und glanzlos sind, und daß sie nicht in derselben Flucht mit den dem Nagelbette aufliegenden Anteilen verlaufen, sondern von der Fingerkuppe abgehoben sind. Die Grenze gegen den gesunden Nagel bildet eine proximal gekehrte Bogenlinie, wie bei der Nagelaffektion der Wäscherinnen. Auch sämtliche Fußnägel sind verändert, zum Teil zeigen sie Keratoma subunguale. Der Mann lebte durch einige Monate im Walde von Beeren und Feldfrüchten.

4. **Eigentümliche Schwielenbildung der Hände bei einem Eßzeugputzer.** An den Streckseiten der Finger mit Ausnahme der Daumen finden sich über den Knöcheln zwischen Grund-, Mittel- und Endphalangen etwa bohnengroße, derbe Schwielen. Sie entstanden dadurch, daß der Pat. das Eßzeug mit geschlossener Faust gegen die rotierende Putzbürste preßt.

Nobl: 1. **Fall zur Diagnose.** Im Bereiche des Kapillitiums einer 72jähr. Frau sieht man die Stirnscheitel- und Hinterhauptgegend von randständigen, bis über pflaumengroßen, stark erhabenen, rötlich-violett verfärbten, derben, allmählich in die Umgebung übergehenden Wülsten eingenommen, die von einer gespannten, völlig haarlosen Decke überschichtet werden. Diese resistenten, ödematösen Hügel umfrieden ausgebreitete, des Haarbesatzes verlustige, feinschilfernde, hyperämische Areale, die teils mit beträchtlicher Atrophie der Haut einhergehen, teils noch in Gruppen gestellte, erweiterte, von komedoähnlichen Pfropfen besetzte Haarfollikel erkennen lassen. In zweijähriger Beobachtung des über vier Jahre andauernden Prozesses ließ sich verfolgen, daß die stets weitere Bezirke ergreifende fortschreitende Veränderung mit dem raschen Aufschießen der knotig-erythematösen Wülste beginnt, diese nach kurzem Bestande zur Aufsaugung gelangen und von der rarefizierenden Dermatitis gefolgt werden. Histologisch entspricht den elevierten Herden ein geringfügiges, oberflächliches, perivaskuläres Infiltrat, das mit beträchtlicher ödematöser Quellung und Durchtränkung der tieferen Kutisschichten einhergeht. Ältere, schilfernde, vernachlässigte Parzellen zeigen das bei der Akrodermatitis atrophicans geläufige Strukturbild.

Digitized by Google

2. **Epitheliom.** Ausgebreitetes, oberflächliches Epitheliom bei einem 68jähr. Manne, welches klinisch das Aussehen der extramamillären Paget'schen Dermatose darbietet. Die rechte Temporalgegend besetzt ein unscharf begrenzter, handtellergroßer, von serös durchtränkten Schuppen, kronengroßen Erosionen und nässenden Stellen eingenommener Herd, der stellenweise kaum erhabene, derbere Säume und im Zentrum leicht eingesunkene Strecken erkennen läßt. Wiederholt in den letzten drei Jahren untersuchte Segmente der Scheibe boten teils die Veränderungen, wie sie dem präepitheliomatösen Zustand der Paget'schen Krankheit entsprechen (Proliferation der Retezapfen mit Auseinanderwürfelung der vakuolisierten plumpkernigen Zellen), teils weisen sie, wie die demonstrierten Schnitte es erklärten, bereits alle Charaktere des Basalzellkrebses auf.

3. **Frühform des Lupus erythematosus.** Eine am ehesten als Frühform des Lupus erythematosus ansprechbare talergroße, derbe, von glatter, glänzender Hautdecke überkleidete, gelblichrote Scheibe über der rechten Wange eines 16jähr. Mädchens. Der seit drei Monaten bestehende Prozeß soll niemals von Schuppenauflagerungen begleitet gewesen sein, und auch jetzt sind keinerlei Anzeichen intensiverer Epithelveränderungen im Bereiche der in die Kutistiefe reichenden Scheibe wahrzunehmen. Die immerhin leicht eingesunkene, bei genauer Untersuchung sich als kaum atrophisch erweisende Beschaffenheit des zentralen Herdanteiles rechtfertigt die Unterordnung des Krankheitsbildes dem Begriffe des Lupus erythematosus.

Spitzer: **Schwielenbildung über den Interphalangealgelenken.** Schwielige Verdickung der Haut über den Interphalangealgelenken des dritten, vierten und fünften Fingers der rechten Hand. Die Frau ist Poliererin in einer Metallwarenfabrik und hält mit der rechten Hand das Werkzeug, wobei die gebeugten Finger häufig mit den zu polierenden Gegenständen in Berührung kommen. Aber auch die krampfartige Umspannung des Werkzeuges mit der Hand dürfte durch Spannung über dem Gelenkköpfchen die Bildung der Hautschwielen wie die Schwellung der Schleimbeutel daselbst zur Folge haben.

Kumer (Klinik Riehl): 1. **Atrophia cutis idiopathica.** 22jähr. Mädchen, an der linken Thoraxseite zwei handtellergroße, bläuliche Verfärbungen der Haut. An den Streckseiten der linken unteren Extremitäten netzförmige und fleckförmige Veränderungen, durch deren Konfluenz bis handgroße bläuliche Einzelherde entstehen; daneben ist die Haut stellenweise oberflächlich gefältelt und bei seitlicher Beleuchtung glänzend. In diese Partie eingestreut münzengroße, wachsgelbe, sich derb anfühlende Stellen, über denen die Haut leicht gefältelt ist.

2. **Zwei Fälle von Röntgenulzeration.** Im Anschluß an diagnostische Durchleuchtung aufgetreten. An beiden Pat. läßt sich der günstige Erfolg der Wasserbettbehandlung dieser Schädigung feststellen. Bei dem einen davon hat sich das Ulkus nach 14 Tagen alleiniger Wasserbettbehandlung an allen Rändern um 1 cm verkleinert.

Strassberg (Klinik Finger): **Röntgenverbrennung.** Gelegentlich einer vor 14 Tagen stattgefundenen diagnostischen Durchleuchtung des Magens wurde der 37jähr. Pat. am Rücken im Bereiche einer quadratischen Fläche mit 8 cm Seitenlänge verbrannt. Zuerst waren die Follikelmündungen durch seröse Exsudation gänsehautartig hervorgehoben; dann sind die einzelnen kleinen Bläschen miteinander konfluiert, geplatzt, und haben eine handflächengroße Erosion freigelegt. Die Verbrennung dürfte dadurch entstanden sein, daß bei der Durchleuchtung die dem Apparate zugewandte Hautpartie durch die weichen Strahlen am meisten gefährdet war.

Riehl erinnert an seinen vor ungefähr zwei Dezennien in der Gesellschaft der Ärzte gehaltenen Vortrag über Röntgentherapie und bemerkt, daß trotz des damals heftigen Widerspruchs die meisten seiner Ansichten jetzt auch von den Röntgenologen vertreten werden. Seit dieser Zeit hat die Technik große Fortschritte gemacht, und auch die Erfahrung und Ausbildung der Ärzte ist eine viel bessere geworden. Trotzdem ist es nicht gelungen, Röntgenschäden ganz zu vermeiden — ja sie scheinen in letzter Zeit wieder häufiger vorzukommen — was wohl mit der Zunahme der Bestrahlungen zusammenhängen dürfte. Er ist auch heute überzeugt, daß nicht bloß Fehler in der Dosierung u. ä. an den Röntgenschäden Schuld tragen, sondern daß auch eine Überempfindlichkeit mancher Individuen gegen Röntgenlicht besteht, analog der allgemein bekannten Überempfindlichkeit gegen andere Lichtarten, chemische Reize u. a. Nur so ist es erklärlich, daß auch nach diagnostischen Durchleuchtungen, die mit aller gebotenen Vorsicht und geringen Dosen von erfahrenen Fachmännern vorgenommen werden, ab und zu eine schwere Röntgengangrän zustande kommt.

Digitized by Google

Oppenheim: Wir haben jetzt auf der Abteilung einen Fall von mannskopfgroßem, tief nekrotischem Röntgenulkus der rechten Gesäßbacke bei einer 40jähr. Frau, die wegen Myomen bestrahlt wurde. Vor einigen Monaten habe ich hier einen Fall von chronischen Röntgenveränderungen der Schamlippen und der Innenseite der Oberschenkel bei einem jungen Mädchen nach Bestrahlung von spitzen Kondylomen gezeigt. Es scheint also doch nicht mit der nötigen Sorgfalt von seiten der Radiologen vorgegangen zu werden; sie berücksichtigen nicht die individuelle Reaktionsfähigkeit der Haut gegenüber einer so mächtigen Schädigung, wie sie die Röntgenstrahlen bedeuten.

Ullmann kann der Auffassung über eine verschiedene Empfindlichkeit der Haut Gesunder wie Kranker, besonders für weiches Röntgenlicht nur beipflichten. Ob aber eine Röntgenverbrennung mit tiefgreifender Gefäßveränderung und Geschwürsbildung ohne starke Überdosierung lediglich durch Überempfindlichkeit der Haut entstehen kann, ist doch fraglich. Seitdem er Dosimeter benutzt, hat er niemals eine schwere Röntgenschädigung gesehen. Das geht auch aus den Literaturberichten und den vielen Sachverständigengutachten hervor. Die verschiedene Empfindlichkeit könnte sich nur in verschieden schwerem Verlauf der Röntgengeschwüre ausdrücken. Daß in letzter Zeit weit öfters schwere Röntgenverbrennungen schon auf einmalige diagnostische Exposition entstehen, beruht wohl auf der ungleich viel stärkeren Strahlenintensität der Apparaturen, Induktoren wie Röhren.

Mucha: **Reinfektion oder Mißlingen einer Abortivkur?** Die 24jähr. Pat. hat im Juli 1920 wegen eines luetischen Primäraffektes bei negativer WR eine antiluetische Kur gemacht, in deren Verlaufe die WR einmal schwach positiv war; sekundäre Erscheinungen sind nicht aufgetreten. Liquor negativ (3 g Neosalvarsan, 6 ccm Novasurol). Weiter machte die Pat. trotz fehlender Erscheinungen zwei kombinierte Kuren (bei jeder 2,85 g Neosalvarsan und 10 ccm Novasurol) durch. Schließlich trat acht Monate nach 50 g Mirion und provokatorischer Neosalvarsaninjektion (Dosis III) ein Rezidiv auf, das Pat. jetzt zeigt: papulöses, orbikuläres Exanthem, Papulae ad genitale et papulae oris, Leucoderma colli et nuchae. Die Frage, ob wir es mit einem Spätrezidiv oder mit einer vor etwa fünf bis sechs Monaten erfolgten neuerlichen Infektion, also einer Reinfektion zu tun haben, läßt sich wohl nicht mit Sicherheit entscheiden.

Fuhs (Klinik Riehl): 1. **Ausgedehnte hypertrophische Narben nach Verbrennung.** 14jähr. Pat. mit ausgebreiteten, strahlig zusammengezogenen Narben, deren mittlere Anteile vielfach keloidartig gewuchert sind, im Bereiche des ganzen Unterbauches mit Übergreifen auf die Oberschenkel sowie in der linken Hüft- und Lendengegend. Bemerkenswert ist, daß Pat., welche mit einer schweren Verbrennung dritten Grades vom Oktober 1921 bis Februar 1922 auf der Wasserbettbaracke der Klinik lag, trotz der ausgedehnten tiefen Gewebsnekrosen mit dem Leben davonkam. Doch konnte trotz sorgfältigster Nachbehandlung der Substanzverluste die Wucherung der zunächst zarten, glatten Narbe in der Folge nicht verhütet werden.

2. **Psoriasis arthropathica.** 46jähr. Pat., die vor fast zwei Jahren bereits von Kumer in der hiesigen Gesellschaft mit ausgedehnten jungen Psoriasisherden und entzündlichen Knie- und Fußgelenksveränderungen vorgestellt wurde. Getrennt durch freie Intervalle zeigte Pat. in der Zwischenzeit mehrfach neue Eruptionen von Psoriasiseffloreszenzen, die stets mit Fieber und Gelenkschwellungen einhergingen. Bei ihrer Aufnahme im September bestand ein fast universelles Psoriasisrezidiv mit intensiven Entzündungs- und Infiltrationserscheinungen, sowie starken Schuppenauflagerungen. Dabei fieberte Pat. über 39° durch einige Tage und zeigte starke Schmerzhaftigkeit und Schwellung in den Fingergelenken beider Hände. Nach mehrwöchiger Wasserbettbehandlung ist das letzte Psoriasisrezidiv bis auf vereinzelte kleinste Herdchen am Rücken geschwunden. Die Gelenkschwellung ist wesentlich abgeklungen, jedoch sind spindelige Verdickungen in den Interphalangealgelenken sowie Bewegungseinschränkung der Finger konstatierbar. Das Röntgenbild ergab, wie seinerzeit u. a. auch von Wollenberg konstatiert wurde, deutliche Atrophie der Fingerphalangen im Sinne einer Verdünnung und Aufrauhung der Kortikalis, ferner vereinzelt auch arthritische Veränderungen. Interessant ist auch, daß die Psoriasis arthropathique in diesem Fall bei einer Frau sich findet, während die sehr reiche Literatur über diesen Gegenstand vorwiegend das Vorkommen bei Männern konstatiert.

Randak (Klinik Riehl): 1. **Raynaudscher Symptomenkomplex bei Sklerodermie und Akineton.** An der Hand von drei Fällen, Frauen mit Sklerodermie des Gesichts und Sklerodaktylie mit Raynaudschen Symptomen betreffend, wird zur Bekämpfung der Gefäßkrämpfe auf das von Pal zur Behebung von pathologischen Krampfzuständen der

Digitized by Google

glatten Muskulatur in die interne Therapie eingeführte Akineton verwiesen, ein peripher angreifendes, ungiftiges Präparat, das, intravenös injiziert, nicht nur die Zyanose und die mitunter heftigen Schmerzen zeitweise wenigstens zum Schwinden bringt, sondern auch die Sensibilität wiederkehren läßt.

2. **Tubero-serpiginöse Lues.** In der Haut des Rückens, der linken Schulter und an den Streckseiten der Extremitäten finden sich bei dem 79jähr. Pat. in serpiginöser Anordnung flach-papulöse Infiltrate von braunroter Eigenfarbe mit zum Teil mächtigen Schuppenauflagerungen, die speziell an den Streckseiten der Extremitäten infolge ihres Silberglanzes psoriasiformen Charakter besitzen. Die seit 15 Jahren bestehende Affektion heilt zentral spontan mit Atrophie ab. Histologisch tuberkuloider Aufbau. WR positiv.

3. **Gumma nasi.** Eine 47jähr. Frau mit einem seit etwa einem Jahre bestehenden Ulzerationsprozeß im Bereiche des knorpeligen Teiles des Septum nasi, der zu einer Perforation des Septum cartilagineum geführt hat. WR positiv.

Arzt (Klinik Riehl): 1. **Tief exulceriertes, verhornendes Plattenepithelkarzinom der Zunge bei einem Luetiker.** 41jähr. Mann mit über kronengroßem, kraterförmig zerfallenem Geschwür in der Mitte der Zunge mit harten, elevierten Rändern. Drüsen weder am Unterkiefer noch am Halse tastbar. Histologisch (Projektion): tiefgreifendes Plattenepithelkarzinom. Vor zehn Jahren angeblich ein weiches Geschwür am Penis. Derzeit WR schwach positiv, SGR und MR positiv.

2. **Pemphigus foliaceus.** 60jähr. Frau, Beginn des Leidens März 1922. Über dem ganzen Gesicht, dem Kapillitium, in der rückwärtigen Schweißfurche und am ganzen Thorax die Haut gerötet, teils mit Krusten und Borken bedeckt, teils nässend. Die Epidermis stellenweise abgehoben. Anteile geplatzter Blasen erkennbar. Bei der Aufnahme vorerst als gewöhnliche entzündliche Dermatose imponierend, gelangt der einwandfreie Nachweis von Blasen, die außerordentlich rasch zum Platzen und schwer zur Epithelisierung kommen. Dabei besteht eine Eosinophilie bis 16%.

3. **Pemphigus vulgaris.** 73jähr. Mann, seit 1½ Jahren bestehende Erkrankung. Im vergangenen Jahre in dieser Gesellschaft demonstriert. Vor wenigen Tagen neuerliche Aufnahme wegen reichlicher Blaseneruption in der linken Axillargegend, über dem Manubrium sterni, in beiden Ellenbeugen und vor allem in der Mundhöhle, im Pharynx, an der Epiglottis und am Penis. Im Blut 10% Eosinophile. Schon beim letzten Spitalsaufenthalt traten mitunter Schmerzen in der Urethra auf, die mit getrübtem Harn einhergingen, weshalb der Verdacht auch eines Pemphigus der Urethralschleimhaut besteht, der aber wegen bestehender Striktur niemals nachgewiesen werden konnte.

Oppenheim: **Verbesserter Spülapparat der Blase und hinteren Harnröhre.** Es ist bekanntlich schwer festzustellen, ob bei der Janetschen Spülung die Spülflüssigkeit den Sphincter vesicae passiert hat oder nicht. Man ist dabei auf die Angaben des Pat., das Gefühl an der Harnröhre des Pat. und auf die Beobachtung des Niveaus der Flüssigkeit im Irrigator angewiesen. Alle drei Momente können täuschen. O. hat deshalb in den zuführenden Schenkel des Majocchischen Ansatzes und vor die einfache Olive ein in einer flachen, zylinderförmigen Auftreibung des Glasrohres horizontal laufendes Schaufelrädchen einbauen lassen, aus schwarzem oder weißem Glase, das von der strömenden Flüssigkeit leicht in rasche Umdrehung versetzt wird. Setzt man die Olive an die Mündung der Harnröhre an, so steht das Rädchen so lange still, bis der Sphinkter sich öffnet, um bei jedem Sphinkterschlusse oder bei voller Blase stehenzubleiben. Bei krampfartigen Zusammenziehungen des Sphinkters wird die Bewegung des Rädchens oft rückläufig. Man ist also vollständig unabhängig von den oben erwähnten Methoden der Feststellung des Eindringens der Flüssigkeit in die Blase. Die ganze Apparatur wird vom Glasbläser Wojtacek, Wien IX., Frankgasse 10 verfertigt und stellt sich nicht viel teurer als der einfache Ansatz.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

März 1922, Bd. 22, Nr. 3.

Über das Wanzengift, von Miyake-Tokio. Wanzen sind in Japan erst seit dem japanisch-chinesischen Kriege (1894—95) bekannt. Verf. hat während seines Kasernenaufenthalts als Einjährig-Freiwilliger eingehende Untersuchungen an Wanzen gemacht. Er extrahierte das Gift aus den Tierleibern mit dest. Wasser, physiologischer Kochsalzlösung, Alkohol-Kochsalzlösung und Äther-Kochsalzlösung. Irgend eine hämolytische Wirkung beim Versetzen der Extrakte mit Menschen- oder Tierblut wurde nicht beobachtet. Alle Versuchspersonen, auch die schon verwanzten, reagierten auf intrakutane Einbringung kleinster Extraktmengen mit typischer Urticaria e cimicibus, auch bei Wasserextrakten. Subkutane Injektion bei Versuchstieren machte keine Hautveränderungen. Intraperitoneale Einverleibung des Wasserextraktes bei Mäusen (2,0—2,5 ccm) tötete die Tiere. Nach Abkochen dieses Extraktes (30 Minuten bei 75° Badetemperatur) verlor sich die tötende, nicht aber die urtikariogene Wirkung. Es scheint also die tötende Substanz im Extrakt eine andere zu sein als die urtikariogene. Beim Überschichten von 0,2 ccm Serum von Wanzenstichkranken mit ebensoviel Alkoholkochsalzextrakt aus zermahlenen Wanzen bildete sich nach 1—2 Stunden in 17 Fällen ein weißlicher Ring an der Berührungsfläche. Bei Sera von 37 Gesunden und 5 akuten Urtikariakranken blieb der Ring aus. Es scheint sich also um ein spezifisches Phänomen zu handeln. Die künstliche Erzeugung des Antikörpers gegen Giftextrakt beim Kaninchen blieb negativ.

Über die morphologische Einteilung und die Entstehung der kongenitalen Deformitäten der männlichen äußeren Harnröhrenmündung, von Sato-Tokio. Einteilung der verschiedenen Deformitäten des männlichen Orificium externum auf Grund zahlreicher Beobachtungen und Messungen. Besprechung der entwicklungsgeschichtlichen und embryonalen Entstehung.

Über die Steinoperation im Harntrakt (On the Operation of Urinary Calculi), von Satani-Tokio. Nichts Neues.

Eine Methode des Nachweises von Spirochaeta pallida, die Thee-Permangan-Methode, von Takahashi-Tokio. Peinliche Reinigung der Deck- und Objektgläser mit 2% Chloralhydratalkohol und dann destilliertem Wasser. Fixierung der dünn ausgestrichenen lufttrockenen Präparate einige Minuten in Alkoholäther aa. Übergießen des Präparates etwa fünf Minuten lang mit folgender Beize: 5—10% japanischer Teeextrakt 30,0; dazu 1% Sol. natri. carbonici 10.0 und 5% Traubenzuckerlösung 20,0. (Genaues Rezept zur Herstellung der Beize.) Diese Mischung hält sich im Sommer nur fünf Tage lang. Dann Abspülen des Präparates mit fließendem Wasser, Trocknen und Färben 20 Minuten bis acht Stunden lang mit einer Mischung von 1% Sol. natri. carbonici 30.0 und Kali permangan. 0,5. Dann Auswaschen, Trocknen und Einbetten mit Xylolbalsam oder physiologischer Kochsalzlösung und Wachs. Pallidae erscheinen schwärzlichgrau mit gelblichem Ton. Vorzüge des Verfahrens: leichte Technik, billiger Preis. Färbung konstant und schöne Bilder.

Über das Linsersche Sublimat und das Brucksche Novasurol-Neosalvarsan, von Nakano und Minami-Tokio. Befürwortung der Mischspritzenbehandlung unter Bevorzugung des Novasurols. Sonst nichts Neues.

April 1922, Bd. 22, Nr. 4.

Phlebitis tuberculosa nodosa cutanea, von Dohi und Hashimoto-Tokio. Sechs einschlägige Krankheitsfälle. Es handelt sich um scharf umschriebene hanfkorn- bis fingerspitzengroße derbe Knötchen im Verlaufe verschiedener oberflächlich unter der Haut gelegener Venen. Multiples, fast symmetrisches, oft ziemlich akutes Auftreten; Haut darüber meist unverändert. Daneben meist anderweitige tuberkulöse oder tuber-

Digitized by Google

kulide Erkrankungen. Pirquet stets positiv. Pathologisch-anatomisch: Thrombophlebitis, in zwei Fällen positiver Tuberkelbazillennachweis im Thrombus durch Färbung; Impfversuche bei Meerschweinchen fielen negativ aus. Nie Geschwürsbildung wie beim Bazin.

Über den Entstehungsprozeß der kongenitalen Verlagerung resp. Verwachsung der Nieren, von Mori-Tokio. Fall von Verwachsung beider Nieren, gefunden bei der Autopsie eines 35jährigen. Verf. unterscheidet vier verschiedene Formen dieser Anomalie je nach Lage der beiden Nieren. Entstehung in der 5.—8. Embryonal-Woche.

Über Oedema cutis circumscriptum acutum (siehe Quinckesche Krankheit), von Horiuchi. Kasuistische Mitteilung eines schweren Falles von Quincke-Krankheit bei einem 22jähr. Soldaten, therapeutisch gut beeinflußt durch Pastilli thyreoidi.

Mai 1922, Bd. 22, Nr. 5.

Chronisch umschriebene parenchymatöse Zystitis (On Chronic Circumscribed Parenchymatous Cystitis). von Satani-Tokio. Bericht über zwei Fälle von „Elusive ulcer" der Blase, erstmals beschrieben von Hunner. Es handelte sich um zwei Frauen mittleren Alters mit Schmerzen und Pollakisurie. Zystoskopisch zeigten sich hyperämische und ödematöse Stellen von Dollarstückgröße auf der Blasenschleimhaut und kleinste Geschwürchen. Spülungen und Injektionen führten zu keiner endgültigen Heilung; zur Operation konnten sich die Kranken nicht entschließen.

Über den positiven Befund der Tuberkelbazillen bei einem Falle von Lupus miliaris disseminatus faciei, von Tanimura-Osaka. Fall von Lupus miliaris disseminatus faciei, der 32. in Japan publizierte, bei dem durch Probeexzision und Schnittfärbung nach Ziehl-Neelsen der Nachweis von sehr spärlichen, vereinzelten, aber typischen Tuberkelbazillen gelang. Außerdem wurden eine große Anzahl von gruppierten, teils auch in Stäbchen angeordneten, teils intra-, teils extrazelulär befindlichen, säure- und alkoholfesten, kleineren Körnchen in und bei einer Riesenzelle festgestellt, die vielleicht eine gewisse Beziehung zu den Tuberkelbazillen haben können.

Über einen Fall von Ureterenstein, nachgewiesen durch Pyeloureterographie und entfernt durch extraperitoneale Ureterotomie (A Case of Ureteral Stone found by Pyelo-ureterography and Extracted through Extraperitoneal Ureterotomy), von Satani, Miyake und Matsumoto-Tokio. Kasuistische Mitteilung.

Juni 1922, Bd. 22, Nr. 6.

Über den giftigen Nachtschmetterling (Euproctis frava Bremmer) und die dadurch verursachte Dermatitis, von T. Hashimoto und H. Hagiwara. Durch mechanischen Reiz mittels der schmalen, dreigabelig gespaltenen Stacheln in den Schuppen dieser Schmetterlinge entstand endemisch bei einer großen Zahl von Japanern im Sommer 1921 eine papulöse Dermatitis an den bloßen Körperstellen. Experimentell konnte das Krankheitsbild bei Mensch und Tier ebenfalls erzeugt werden, ein Giftstoff konnte aus den Stacheln nicht extrahiert werden. Ähnliche Endemien wurden schon öfters beobachtet.

Über Erythema solare und seine Verhütung (On Erythema Solare and Its Prophylaxis), von T. Aoki.

Juli 1922, Bd. 22, Nr. 7.

A Statistic Observation of the Venereal Diseases in Ishikawa Prefecture, Japan, von K. Tagawa. T. zieht aus einer von ihm veranlaßten Geschlechtskranken-Statistik folgende Schlüsse: 1. Die Statistik aller Venerischen, die an einem Stichtag von den Ärzten der kleinen Stadt Ogi behandelt wurden, zeigt 34.21%. Erkrankungsfälle unter allen Männern von 16—50 Jahren. 2. In der dermatologischen Klinik des Kanazawa-College wurden 1919 und 1920 1600 Venerische behandelt, d. h. 28,08% aller Kranken insgesamt. 3. Die männliche Erkrankungszahl nimmt im Alter von 20—25 Jahren rapid zu, fällt zwischen 26—30 Jahren ab, und steigt wieder zwischen 31—41 Jahren. Die weiblichen Zahlen erreichen den Höhepunkt im heiratsfähigen Alter zwischen 16—25 und nehmen dann allmählich ab. 4. Blennorrhoe, Syphilis und Ulcus molle erscheinen im Verhältnis von 6:4:1. Dreimal mehr chronische wie akute Blennorrhoe; bei der Syphilis überwiegen die latenten und sekundären Fälle. 5. Die Erkrankungen betrafen, wie es scheint, besonders Arbeiter und Geschäftsleute, die außerhalb ihres

Digitized by Google

Wohnortes beschäftigt sind. 6. Der Erziehungsgrad spielt keine Rolle; nur werden Gebildetere relativ gründlicher ausgeheilt.

Über die Behandlung der Psoriasis vulgaris, speziell über die Thymusbestrahlung nach Brock, von Matsumoto-Tokio. M. konnte mit der Thymusbestrahlung keine so günstigen Resultate wie Brock erzielen. Er betont im übrigen die unklare Pathogenese und die Inkonstanz der Wirkung aller äußerlichen und internen antipsoriatischen Mittel. F. Hirsch-Ulm.

Archives of Dermatology and Syphilology.

August 1922, Bd. 6, H. 2.

Dermatologische Ausbildung und Praxis (Dermatologic Training and Practice), von O. S. Ormsby-Chicago. S. 129–135.

Serologische Forschungen über das Exsudat von syphilitischen Schankern (Serologic Studies on the Exudate of Syphilitic Chancres), von C. Fuentes-Habana (Cuba). S. 136—146. In dem Exsudat von Schankern, die klinisch syphilitische sind (Spirochäten positiv, manchmal auch nicht nachzuweisen), ist eine Substanz vorhanden, die als Ambozeptor, ferner eine andere Substanz, die als Antigen in der WR wirkt; im Exsudat von nichtsyphilitischen Schankern (Spirochäten negativ) sind beide Substanzen nicht vorhanden. Beide Substanzen, sofern sie vorhanden sind, werden zusammen gefunden. Der Komplementgehalt in diesen Exsudaten kann unberücksichtigt bleiben, da er zu niedrig ist.

Die klinische Bewertung der WR (The Clinical Evaluation of the WR), von R. A. Kilduffer-Pittsburgh. S. 147—162. Neues wird nicht gebracht, über die meisten Forschungsergebnisse ist in dieser Zeitschrift referiert worden.

Kal. permangan., ein Heilmittel bei Hautleiden (Potassium Permanganate as a Curative Agent in Dermatologic Diseases), von S. Feldman und B. F. Ochs-New York. S. 163—166. In Lösungen von 1:5000 bis zu völliger Sättigung wird die Anwendung des Kal. permangan. besonders bei Dermatomykosen warm empfohlen.

Dermatoscopy, von J. C. Michael-Houston (Texas). S. 167—178. Beschreibung des Instruments (Schlitzlampen-Mikroskop) und der Technik.

Differentialdiagnostische Bedeutung des Sitzes beim Unterschenkelgeschwür (Ulcer of the Leg its Localization as a Point of Differential Diagnosis), von H. Goodman-New York. S. 179—186. Verf. hat die Beobachtung gemacht, daß, während gewöhnliche Ulcera cruris hauptsächlich linkerseits auftreten, gummöse Veränderungen vorwiegend auf der rechten Seite sich zeigen, und glaubt dies anatomisch begründen zu können.

September 1922, Bd. 6, H. 3.

Erscheinungsformen der Framboesia tropica und ihre Behandlung mit Neo-Arsphenamin (Yaws: its Manifestations and Treatment by Neo-Arsphenamin), von P. D. Gutierrez-Manila. S. 265—287. Framboesia tropica befällt im Dorfe Parañaque (6 km südlich von Manila) hauptsächlich die ärmere Bevölkerung, besonders die Kinder. Sie wird durch direkte Übertragung verbreitet, vielfach durch Krätze. Es gibt 3 Arten von Sekundäreruptionen: die noduläre (framboesiforme), die papulöse und die makulöse Form. Es werden makroskopische und histologische Abbildungen gebracht. — Das Leiden ist der Behandlung mit Neosalvarsan leicht zugänglich. Bei 275 behandelten Kranken wurde eine klinische Heilung in $94^1/_2\%$ erreicht. Die Beobachtungszeiten betrugen $1^1/_2$—3 Monate. Die sekundären Erscheinungen wurden am besten beeinflußt und von ihnen die makulösen am allerbesten, während die Primärläsionen (die in Form einer bald gelbes Nässen zeigenden Papel gewöhnlich extragenital an einer Abschürfungsstelle an der bloßen Haut auftraten) und die tertiär-keratotischen der Handflächen und Fußsohlen weniger gut auf die Behandlung ansprachen.

Leukoderma bei Pityriasis lichenoides chronica, von H. E. Michelson-Minneapolis. S. 288—300 Leukoderma, das allgemein als ein spezifisches Vorkommnis bei Syphilis angesehen wird, kann auch bei anderen Krankheiten vorkommen. So schildert Verf. dieses Ereignis bei einem Fall von Brocqscher Krankheit.

Über Ringelhaar (A Study of Ringed Hair), von L. D. Cady und M. Trotter-St. Louis. S. 301—317. Die Erscheinung der Pili annulati kommt zustande durch luft-

Digitized by Google

gefüllte Zwischenräume in der Haarrinde und dem Mark; sie kommt vor bei normal pigmentiertem und bei altersgrau werdendem Haar und beruht nicht auf Mangel an Pigment oder Pigmentatrophie. Daß irgend ein pathologischer Prozeß mitspielt, ist unerwiesen. Wieweit das Ringelhaar bei einem bestimmten Haar sich entwickelt und wie groß die Zahl der bei verschiedenen Personen befallenen Haare ist, kann sehr verschieden sein, das normale Wachstum der Haare wird nicht beeinträchtigt. Das „Leiden" kann exquisit vererbbar sein.

Ist Syphilis heilbar und kann sie ausgerottet werden? (Is Syphilis Curable and Can it Be Eradicated?), von V. G. Vecki-San Francisco. S. 318—331. Der längere Aufsatz bringt für den deutschen Leser nichts Neues und beschäftigt sich vornehmlich mit der Syphilisbehandlung mittels der Salvarsanpräparate, von denen Verf. dem Neosilbersalvarsan den Vorzug gibt.

Eine einfache quantitative Ausflockungsreaktion bei Syphilis (A Simple Quantitative Precipitation Reaction for Syphilis), von R. L. Kahn-Lansing (Mich.). S. 332 bis 341. Dritte Mitteilung über dieses Thema.

Granuloma inguinale mit Unterlippengeschwür (Granuloma Inguinale with Lesion on the Lower Lip), von B. B. Beeson-Chicago. S. 342—343. Kasuistischer Beitrag.

Der klinische Wert der Kolmerschen Komplementbindungsreaktion bei Syphilis (The Clinical Value of the Kolmer Complement-Fixation Test for Syphilis), von Ch. H. de Shives-Atlantic City, N. J. S. 344—350. Verf. kommt auf Grund der an 320 Fällen angestellten Untersuchungen zu dem Schluß, daß die neue Methode der alten WR in jeder Beziehung weit überlegen ist.

Eine Nagelgeschwulst von ungewöhnlicher Art (A Nail Tumor of Unusual Type), demonstriert von R. L. Sutton-Kansas City (Mo.). S. 351—354. Die beobachteten Fälle erinnern den Verf. an Pollands Fibromatosis subunguinalis (Derm. Zschr., 1916, Bd. 23, H. 42—44), aber die histologischen Befunde seien verschieden. Bei der Diskussion wird das Neuartige und der Tumorcharakter der Fälle entschieden bestritten.

Oktober 1922, Bd. 6, H. 4.

Bewertung der Gewebsreaktion bei bösartigen Epitheliomen für Diagnose und Prognose (The Tissue Reaction in Malignant Epitheliomas of the Skin: Its Value in Diagnosis and in Prognosis), von H. J. Parkhurst-Toledo (Ohio). S. 401—412. Wenn ein Basalzellenepitheliom, wie es die Regel ist, langsam wächst, so findet man nur geringe Bindegewebsentartung und umgekehrt; aber immer ist etwas davon vorhanden. Bei Basalzellenepitheliomen ist die Art der Bindegewebsentartung vorwiegend basophil, weniger hyalin. Das Stachelzellenepitheliom ist stets mit chronisch-entzündlichen Vorgängen vergesellschaftet, z. B. Akanthose oder Hyperkeratose. Dieser chronisch-entzündliche Prozeß hat gewöhnlich lange Zeit hindurch bestanden, so daß das Gewebe sozusagen Zeit gehabt hat, einen gewissen Grad von Widerstandsfähigkeit zu entwickeln, wie es sich zeigt durch Bindegewebswucherung, die Anwesenheit von Plasmazellen und durch Gefäßveränderungen. Dieser vorhergegangene chronisch-entzündliche Prozeß ist eine Komplikation gemäß der Natur seiner pathologischen Bildung. Bindegewebsentartung bei Stachelzellenepitheliomen stellt sich der Regel nach mehr hyalin als basophil dar. — Die plötzliche Entwicklung von Stachelzellenepitheliomen wird durch Lymphozyten begleitet, während das langsame Wachsen Plasmazellen begleiten. — Schöne histologische Abbildungen vervollständigen die Ausführungen.

Was hat man von der Röntgenbehandlung der Hautveränderungen vom Standpunkte des Pathologen aus zu erwarten? (Expectancy in Roentgen-Ray Treatment of Skin Lesions from the Pathologic Standpoint), von W. J. Highman und R. H. Rulison-New York. S. 413—423. Alle anderen Methoden der inneren und äußeren Behandlung sind gleichzeitig fortzusetzen. — Leiden, die auf Überaktivität (funktioneller oder produktiver Art) beruhen, wie z. B. die Akne, sind gut beeinflußbar. — Neubildungen mit Einschluß der nichtinfektiösen Granulome werden bei jungen, sich schnell vermehrenden Zellen günstig beeinflußt. — Akne wird geheilt infolge von funktioneller Hemmung von Drüsen. Die einfachen entzündlichen Prozesse sind nur dann der Heilung zugänglich, wenn Hyperplasie der Epidermis und eine nennenswerte Infiltration vorhanden ist, die erstere wird beeinflußt durch die hemmende Wirkung der Strahlen auf die wuchernden Zellen, und die letztere durch die zerstörende sowohl auf die Zellen, die die Infiltration hervorbringen — Lymphozyten als auch auf die Fibroblasten. Günstige Einflüsse der Strahlenbehandlung auf den Juckreiz.

Digitized by Google

Zungenkarzinom und seine Behandlung mit Radium (Carcinoma of the Tongue and its Treatment with Radium), von L. Taussig-San Francisco. S. 424—427. Wenn schon in der Regel Rückfälle auftraten, so wirkte die Behandlung doch entschieden lebensverlängernd und ohne zu verstümmeln.

Behandlung des Lippenkrebs mit Elektrokoagulation und Bestrahlung (Cancer of the Lip Treatment by Electrocoagulation and Radiation), von G. E. Pfahler-Philadelphia. S. 428—433. Örtliche Zerstörung durch Elektrokoagulation mit anschließender Bestrahlung bewirkt in den meisten Fällen Heilung, sofern die Behandlung früh eingeleitet wird. Gründliche Bestrahlung der Lymphwege des erkrankten Bezirkes. — Karzinomrezidiv gibt weit schlechtere Erfolge; metastatische Lymphdrüsen sind mit oberflächlicher Bestrahlung und dann mit Radiumimplantation oder durch Entfernung zu behandeln.

Lippenkrebsbehandlung durch Bestrahlung (Treatment of Cancer of the Lip by Radiation), von E. S. Lain-Oklahoma City. S. 434—447. Der Zellenbefund beim Lippenkrebs ist von geringerer Bedeutung für die Prognose als der Sitz, das Entwicklungsstadium oder das Alter des Kranken. Wiederholt wurde beobachtet, daß infolge einer beginnenden Atrophie des Lymphsystems nach einem bestimmten Alter die Prognose besser war. Hauptsächlich ist dies der Fall beim Krebs der Unterlippe. Verf. glaubt, daß ein Stachelzellen- oder Plattenepithelzellenkrebs in dem Frühstadium seiner Entwicklung unter dem Einfluß von Radium- oder Röntgenstrahlen-Behandlung degenerative Veränderungen erfahre genau so, wie dies bei dem Basalzellenkrebs der Fall ist. Die Verschiedenheiten liegen lediglich in dem Grade der erforderlichen Bestrahlung und der Art der Technik. — In der diesem Vortrage folgenden ausgiebigen Diskussion wird besonders der Schlußsatz des Verf., es werde sich statistisch beweisen lassen, daß Lippenkrebs ebensogut und vielleicht besser für die Bestrahlung sich eigne als für die Operation und daß in den meisten Fällen die Bestrahlungsbehandlung vorzuziehen sei, lebhaft angegriffen.

Cutis verticis gyrata, von H. E. Alderson-San Francisco. S. 448—454. Der vorgestellte Fall weicht von den sonst beschriebenen ab, weil er aus einem Nävus hervorgegangen ist.

Die physikalische Grundregeln der Entwicklung von Röntgenapparaten mit hoher Spannung (Physical Principles Underlying the Development of High Voltage Roentgen-Ray Apparatus), von C. N. Moore-Schenectady, N. Y. S. 455—465. Es handelt sich um physikalische Erwägungen, die für die Therapie einstweilen noch nicht verwertbar sind.

Lupus erythematosus acutus disseminatus haemorrhagicus. Report of a Case, von M. Scholtz-Los Angeles. S. 466—475. Der mitgeteilte Fall bei einer 31jähr. Frau verlief letal und ergab bei der Obduktion das Vorhandensein einer Pyonephrose, die Verf. als Ursache des Leidens ansieht. Lupus erythematodes acutus disseminatus sei nicht als eine Krankheit sui generis, sondern ausschließlich als eine bestimmte Art von Hautreaktion zu betrachten (auch nahe pathogenetische Beziehungen zu Erythema multiforme).

Neue Befunde beim Pemphigus vulgaris. Vorläufige Mitteilung (New Findings in Pemphigus Vulgaris. Preliminary Communication), von K. Gawalowski-Prag. S. 476—483. Verf. glaubt das Leiden in nahe Beziehung zu einer Störung der Nebennierenfunktion bringen zu müssen (Hyperadrenalinämie). E. Ahrens-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Die Kultur der Rickettsia Prowazeki, des Erregers des Fleckfiebers, auf festen Nährböden, von Max H. Kuczynski-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 28, S. 1412.) Verf. beschreibt ausführlich unter genauer Angabe der Zusammensetzung des Nährbodens die Ergebnisse seiner Kultur-Züchtungsversuche der Rickettsia Prowazeki.

E. Langer-Berlin.

Über die Erzeugung von inapparenten, zu aktiver Immunität führenden Fleckfieberinfektionen bei passiv immunisierten Meerschweinchen, von E. Weil und F. Breinl-Prag. (W. kl. W., 1922, Nr. 20, S. 458—459.) Verff. gelang es, eine Methode zu finden zur sicheren Erzeugung der inapparenten Infektionen, die zur aktiven Immunität führen, einerseits bei Berücksichtigung einer quantitativen Virusdosierung,

Digitized by Google

andererseits auf Grund ihrer experimentellen Erfahrungen, daß bei passiv immunen, völlig fieberfreien Tieren sich das Virus in beträchtlicher Menge in den Organen findet, wenn die Infektion mit einer nicht zu geringen Virusmenge vorgenommen wurde. Bei den mit Schutzserum vorbehandelten Tieren stufen Verff. die Infektionsdosen von 0,01 bis 0,00001 Gehirn ab. Bei den mit geringsten Virusmengen infizierten, afebrilen Meerschweinchen haftete eine neuerliche Infektion, die mit etwas höheren Dosen infizierten erwiesen sich als aktiv immun. Diese wirksamen Dosen lagen zwischen 0.001 und 0.0001 Gehirn. Bei mit Immunserum und dosiertem Virus behandelten Kaninchen trat eine Agglutination gegen X_{19} auf. Diese Tatsachen drängen dazu, die Methode für eine Immunisierung der Menschen in Erwägung zu ziehen. H. Soltmann-Leipzig.

Über das Vorkommen einer ephemeren Roseola beim Rückfallfieber, von J. Öttinger und J. Halberich-Witebsk. (M. m. W., 1922, Nr. 21, S. 778.) Der einzelne Flecx dauert nur 20—50 Minuten. Die Roseolen sind in der Regel kleiner als Typhus- und Fleckfieberroseolen und anfänglich scharf kreisförmig, ausnahmslos ganz flach, blaßrosa bis rot, an Zahl nur einzelne bis hunderte, ungleichmäßig über die Haut verbreitet, doch mit Vorliebe an den seitlichen Bauch- und Brustpartien, dem Rücken, der Streckfläche der Ellenbogengelenke und der dorsalen und volaren Fläche des Handgelenkes lokalisiert. Sie erscheinen meist gegen Ende des Anfalls innerhalb weniger als 24 Stunden. Beobachtet in 15%, kommt sie wohl öfters noch vor. Vermutlich sind die Roseolen die Folge von Embolisierung der Hautgefäße mit den am Ende des Anfalls sich bildenden Spirillenknäueln, welche bei ihrem Absterben vorübergehend durch Gifte örtliche Schwächung des Vasomotorentonus bewirken. A. v. Notthafft-München.

Tuberkulose.

Um den Tuberkelbazillus, von P. v. Baumgarten-Dresden. (Kl. W., 1922, Nr. 21, S. 1052.) Verf. nimmt zu dem um den Namen „Tuberkelbazillus" entstandenen Streit Stellung. Wenn es auch theoretisch richtiger wäre, ihn „Tuberkulosebazillus" oder „Bacillus tuberculosis" zu nennen, rät er doch, den alten Namen beizubehalten. E. Langer-Berlin.

Kritische Bemerkungen über die Entfärbung des Tuberkelbazillus durch Natrium sulfurosum (Remarque critique sur la décoloration du bacille tuberculeux par le sulfite de sodium), von J. Bergen-Leysin. (Revue Méd. de la Suisse Romande, 1922, Nr. 7, S. 429—434.) Die von Konrich empfohlene Anwendung einer 1—10%igen Lösung von Natrium sulfurosum zur Entfärbung beim Nachweis von Tuberkelbazillen hat den Nachteil, daß diese Lösung sehr labil ist und sehr leicht oxydiert. Es ist daher notwendig, stets eine frische Lösung zu benutzen. Da die Präparate außerdem bei ihrer alleinigen Anwendung einen rosafarbenen Ton behalten, der die Gegenfärbung stört, ist zur völligen Entfärbung die Kombination mit 60%igem Alkohol für einige Minuten vorzuziehen. Verf., der jahrelang alle Methoden prüfte, bezeichnet die Färbung nach Ziehl-Neelsen immer noch als die beste Methode. H. Soltmann-Leipzig.

Tuberkulose-Studien. VII. Über Reinfektionsversuche mit säurefesten Bakterien (nach Untersuchungen am Auge), von Igersheimer-Göttingen und Schlossberger-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1922, Nr. 30, S. 1001—1002.) Die Vorbehandlung mit saprophytischen Ausgangsstämmen hatte keinen Einfluß auf den Ablauf der Superinfektion mit virulenten Stämmen, nur sehr geringen Einfluß bei Superinfektion mit Ausgangsstämmen. Die Superinfektion mit Passagestämmen trat verzögert auf nach Vorbehandlung mit Passagestämmen. Bemerkenswert ist, daß die Vorbehandlung mit Friedmann-Bazillen bei Superinfektion mit virulenten Stämmen und Passagestämmen eine mehr oder minder starke Immunität hinterließ. F. Harry-Berlin.

Wanderzellen und Tuberkelbildung, von P. v. Baumgarten-Dresden. (Zbl. f. Pathol., 1922. Bd. 32, Nr. 15, S. 393—394.) Schlußbemerkung in der ausgedehnten Polemik v. Baumgarten-Heiberg. v. Baumgarten hält es nach wie vor für unerwiesen, daß der Epitheloidzellentuberkel eine Entwicklungsstufe in den zugewanderten großen Mononukleären haben könnte, wie Heiberg, gestützt auf einige Autoren, vor allem Lewandowsky, annimmt. F. Jacobsohn-Berlin.

Über Schleimhautlupus, von L. Harmer-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 26, S. 1113—1120.) Die hauptsächlichsten Erscheinungsformen des Schleimhautlupus sind: 1. Die lupösen Knötchen, wie Granulationen oder Unebenheiten der Schleimhaut, frisch lebhaft gefärbt, bei Rückbildung blasser, scharf abgegrenzt oder von infiltrierter Zone umgeben. 2. Das lupöse Infiltrat, meist ohne besondere Merkmale, zuweilen von Knötchen umgeben oder besetzt. 3. Der lupöse Tumor oder das Lupom. Alle drei Formen können zer-

Digitized by Google

fallen; so entstehen die lupösen Geschwüre. Sie sind bei Knötchen klein, mit feingranuliertem Grund, seicht. Zahlreiche können konfluieren zu größeren Geschwürsflächen. Infiltrate geben tiefergreifende Geschwüre mit aufgeworfenen Rändern. Bei Verheilung entstehen Narben. Zahlreiche Fälle zeigen alle oder mehrere Formen und Stadien zugleich oder kurz aufeinanderfolgend. Der Schleimhautlupus bevorzugt hauptsächlich Nase und Kehlkopf, weniger Mund und Rachen; in der Nase besonders die vorderen Enden der unteren Muschel und das Septum befallen. Im Bereich der Mund- und Rachenhöhle am häufigsten harter und weicher Gaumen, Uvula und Gaumenbögen; im Kehlkopf die Epiglottis und die ary-epiglottischen Falten. Der Lupus tritt also im Gegensatz zur Tuberkulose fast immer am Kehlkopfeingang zuerst auf. Der Lupus ist eine abgeschwächte Form der Tuberkulose. Vom rein klinischen Standpunkt hält Verf. die Auseinanderhaltung für ungemein wertvoll. Der Schleimhautlupus ist klinisch als selbständige Krankheitsform zu werten und von der eigentlichen Tuberkulose zu trennen. Folgende differentialdiagnostische Momente sind zu beachten: der Lupus befällt meist Jugendliche (besonders weibliche); meist besteht gleichzeitig Lupus der Haut. Die Behafteten sehen häufig gesund aus; eine eventuelle Lungenerkrankung ist meist gutartig. Die Drüsen des Halses sind häufig erkrankt. Der Krankheitsverlauf ist langsam, schleichend, relativ gutartig, zu Heilung oder zeitweiligem Stillstand neigend; im Gegensatz zu tuberkulösen Beschwerden sind die des Schleimhautlupus gering. Beim Lupus dominiert die Knötchenbildung. Besonders typisch ist das Bild von gleichzeitig bestehenden Knötchen, Geschwüren und Narbenbildung. Auch Lokalisation ist von Bedeutung (siehe oben). Tuberkulöse Geschwürsränder sind stark zerfressen und unterminiert. Von Heilmitteln haben sich in der Wiener Lupusheilstätte zuverlässig und brauchbar erwiesen: 1. Das Radium. Sehr oft verwendet in der Nase, vereinzelt in Mund und Rachen. Applikationsdauer zwischen 45 und 120 Minuten. Sitzungen alle 4—5 Wochen wiederholt. Als Filter Messingplättchen von 0,1—0,2 mm Dicke. 2. Für Mund, Rachen, Kehlkopf, mit oft überraschenden Resultaten, das Bogenlicht; Kehlkopf unter Zuhilfenahme eines Kehlkopfspiegels. Finsenbehandlung wegen technischer Schwierigkeiten der Applikation nur selten. 3. Die übliche chirurgische Behandlung, nie ganz zu entbehren, dient zur Vervollständigung der anderen Behandlungsmethoden (Galvanokauter, scharfer Löffel, Schlinge, galvanokaustische Stichelungen). H. Soltmann-Leipzig.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

XIII. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, München 1923. Alle außerhalb des Deutschen Reiches wohnhaften Kollegen, welche am Kongreß teilnehmen wollen, werden ersucht, umgehend an die Adresse: Prof. v. Zumbusch, Pettenkoferstr. 8a, ein an die Polizeidirektion München stilisiertes Gesuch (stempelfrei) um Einreiseerlaubnis und Aufenthaltsbewilligung für München für die Zeit vom 19.—24. Mai zu schicken; Rückporto ist beizulegen. Das Gesuch muß Vor- und Zunamen, Wohnort, Adresse, Geburtsort und Zeit enthalten. Erst mit erhaltener Einreisebewilligung kann ein Paßvisum erlangt werden. Ob die Visumgebühren ermäßigt werden, wird noch bekanntgegeben werden.

Die Moskauer Venerologisch-Dermatologische Gesellschaft hat gelegentlich ihres Jubiläums Hofrat Prof. Ernst Finger-Wien, Prof. Erich Hoffmann-Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Joseph Jadassohn-Breslau zu Ehrenmitgliedern, Prof. A. Buschke-Berlin zum wirklichen Mitglied gewählt.

Prof. Thorkild Rovsing, Direktor der chirurgischen Universitätsklinik am Königl. Frederiks Hospital in Kopenhagen, wurde zum Ehrenmitglied der Italienischen Urologischen Gesellschaft gewählt.

Gestorben: Geh.-Rat Prof. Wilhelm Konrad Röntgen, gewesener Vorstand des physikalisch-metronomischen Institutes der Universität München;

Dr. Ernst Epstein, Oberarzt der dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Nürnberg. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. März 1923 | Nr. 10 | Band 76

Histologische Untersuchung und experimentelle Studie über die Pathogenese einer durch Gerstenpollen hervorgerufenen juckenden erythematös-vesikulösen Hauterkrankung.

Von

Dr. Menahem Hodara, Dr. Houloussi Behdjet und Dr. Subeya,
Prof. der landwirtschaftlichen Insektenkunde in Konstantinopel.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin.)

Mit 2 Abbildungen im Text.

Vor mehr als 3 Jahren hat der eine von uns (Hodara) eine epidemische, durch die Berührung mit Gerstenpollen hervorgerufene Hauterkrankung beschrieben, die er erstmalig in Konstantinopel beobachtet hatte. Diese klinische Studie wurde zuerst in der letzten Festschrift für Prof. Unna veröffentlicht und später in der Dermatologischen Gesellschaft zu Konstantinopel mitgeteilt. Die Erkrankung zeigt sich hauptsächlich im Gesicht, an den Händen, den oberen Extremitäten, am Rumpf da, wo die Gerstenpollen leichter hingelangen konnten; es bildeten sich erythematöse, mehr oder weniger ödematöse, stellenweise urtikarielle Plaques, oft von disseminierten, stellenweise zusammengedrängten Bläschen bedeckt, mit intensivem Jucken und Brennen. Bisweilen sah man das Gesicht mit vesiko-pustulösen Effloreszenzen bedeckt, die ganz das Bild einer Jodakne darboten. Das Erythem tritt wenige Stunden nach der Berührung mit den Gerstenpollen auf, die Bläschen einen oder zwei Tage später. Die Dauer der Krankheit richtete sich nach der größeren oder geringeren Menge der mit der Haut in Berührung gekommenen Gerstenpollen; leichte Fälle waren in einer Woche beendet, schwerere konnten bis zu drei und vier Wochen währen, die Heilung erfolgte auch ohne jede Behandlung. Zur Anwendung kamen verdünnte, alkoholische, antipruriginöse Lösungen von Menthol, Thymol, Kampfer, die den Kranken sogleich Erleichterung verschafften. Im Augenblicke dieser ersten Veröffentlichung hatte Hodara noch keine Kenntnis von anderen Arbeiten über die Pathogenese dieser Affektion; die türkischen Landleute kennen sie sehr wohl und meinen, daß sie von Zeit zu Zeit sich durch die Überhitzung der Gerste zeigt (auf Türkisch: „Arpa kisichti", d. h. die Gerste ist überhitzt). Diese überhitzte Gerste ruft dann nach Ansicht der Landleute die Krankheit hervor. Einige Wochen vor dieser ersten Veröffentlichung von Hodara hatten Loir und Legagneux in Hâvre dieselbe Affektion beschrieben und als Ursache eine Lausmilbe angenommen, die sie in der

Digitized by Google

Gerste gefunden hatten. Sie verordneten antipsoriatische Salben, doch heilten, wie gesagt, alle Fälle dieser Eruption ohne jede Behandlung von selbst.

In einer zweiten Veröffentlichung gemeinsam mit Dr. Houloussi Behdjet über denselben Gegenstand hatte Behdjet nach der Anwesenheit von Lausmilben in 5—6 Fällen von Gerste verschiedenen Ursprunges gesucht, doch rief normale Gerste keine Eruption hervor. Behdjet fand in drei von diesen sechs Fällen Parasiten, die von dem Prof. der Zoologie Ismail Hacki Bey als Milben vom Typus Tyroglyphus farinea angesprochen wurden, Parasiten, die sich wie die Lausmilben in den Zerealien finden. Diese dritte hier vorliegende Arbeit über denselben Gegenstand wurde gemeinsam mit Dr. Behdjet und dem Prof. der Entomologie Dr. Sureya von der Landwirtschaftlichen Hochschule zu Halkali verfaßt. Dr. Sureya zeigte im Oktober, daß in einem der Gerste-Depots der Landwirtschaftlichen Hochschule von Halkali die Gerste sich um 1, 2 und sogar 4—5° über die Temperatur des umgebenden Mediums erhitzt hatte. Diese Überhitzung erstreckte sich von der Oberfläche der Gerstenmenge in eine Tiefe von einigen Zentimetern und konnte bis zu 30—40 cm Umfang gehen. Steckte man die Hand in diese überhitzte Gerste hinein und ließ sie einige Augenblicke darin, so trat die Erkrankung auf, deren Symptome schon eingangs beschrieben wurden, Erythem nach zwei Stunden, Jucken, Brennen, Bläschenbildung nach 24 Stunden, bisweilen beginnende Symptome einer Infektion, Veränderungen des Urins usw. Wenn man die Lausmilben, die sich zu Millionen in der überhitzten Gerste finden, isoliert und auf die Haut bringt, so entsteht die schon beschriebene erythematöse, bläschenförmige, juckende Dermatose. Nach Behdjet und Sureya finden sich nur in dieser Tiefe von einigen Zentimetern bis zu ungefähr 40 cm der überhitzten Gerste Lausmilben, Sitotroga cerealela oder Leuchtkäfer usw. Unterhalb dieser Schicht der von einigen bis zu 40 cm Tiefe überhitzten Gerste ist die Gerste kalt, und in dieser kalten, unterhalb der erwärmten liegenden Gerste gibt es nach Behdjet und Sureya keine Milben und keine Leuchtkäfer. Als im November die überhitzte Gerste wieder erkaltet war, isolierte Sureya aus ihr Milben und sandte sie an Behdjet zu Experimenten oder Versuchen. Behdjet brachte sie auf seine Haut und auf die Haut mehrerer Personen, ohne daß eine von ihnen erkrankte. Es sind nämlich im November, wenn die Gerste wieder erkaltet ist, die Milben im Ausschlüpfen und inaktiv. Dieser Zustand der Inaktivität der Milben dauert von November bis April; bis dahin befinden sich die Milben nach Sureya und Behdjet im Ruhezustande. Im April werden sie wieder aktiv; Sureya nahm einen Teil der im Oktober in einem Depot in Halkali überhitzten Gerste und brachte sie über den Winter zu sich in einen Schrank, um seine Untersuchungen fortzusetzen. Während des ganzen Winters arbeitete er mit dieser Gerste, ohne daß sie die geringste Erkrankung hervorgerufen hätte, als aber im April dieselbe Gerste, die im Oktober überhitzt war, von Sureya mit seiner Haut und der aller seiner Familienangehörigen in Berührung gebracht wurde, entstand die Krankheit, deren Symptome schon mehrfach beschrieben wurden, Brennen, Jucken, Erythem, Bläschenbildung usw. Die Milben dieser im Oktober überhitzten Gerste wurden von Sureya im

Digitized by Google

April von neuem isoliert und für Versuche an Behdjet gesandt. Diese Milben gaben, auf die Haut gebracht, zuerst positive Resultate, aber nach 4—5 Tagen waren die Resultate teilweise negativ. Die Milben wurden unter einem Uhrglase von Behdjet auf seine eigene Haut und die anderer Personen gebracht. Nach zwei Stunden wurde die Haut erythematös stellenweise papulös, ein wenig ödematös mit Jucken und Brennen, 24 Stunden

Abb. 1.

Abb. 2.

später sah man Bildung zerstreuter Bläschen und besonders um den Rand des Uhrglases, wo die Milben angehäuft waren, bildete sich ein Kreis von Bläschen und Pusteln wie ein Herpes circinatus, wie man auf Abb. 1 sieht. Nach Behdjet und Sureya fanden sich auch Fälle, in denen diese Milben, 4 Tage später auf die Haut gebracht, keine Erkrankung hervorriefen, so daß die im April isolierten Milben auf der Haut einiger Personen die Dermatose bewirkten und auf der Haut anderer unwirksam waren. Nach Behdjet

Digitized by Google

und Sureya findet man gewöhnlich in der Gerste außer den Lausmilben Sitotroga cerealela oder Leuchtkäfer und Glykophagus. Letzterer bewirkte, von Behdjet isoliert und auf die Haut eines Kollegen gebracht, eine Dermatose, die leichter war als die von der Lausmilbe hervorgebrachte (Abb. 2). Ebenso riefen nach Behdjet die Leuchtkäfer, zerquetscht und auf die Haut gebracht, eine leichtere Dermatose als die Lausmilben hervor. Sureya und Behdjet stimmen darüber überein, daß im Winter die Lausmilben und die Leuchtkäfer inaktiv sind. Im Sommer wäre nach Sureya, Behdjet und anderen Autoren die Aktivität der Lausmilben und Leuchtkäfer die Ursache der Überhitzung der Gerste. Behdjet meint, daß die Lausmilben den Leuchtkäfern Jucken erregende Stoffe aussaugen, durch die sie die Hauterkrankung hervorrufen. Sureya billigt jedoch die Ansicht, daß die Lausmilben den Leuchtkäfern Jucken erregende Stoffe aussaugen, durch die sie die Krankheit hervorrufen, aus folgenden Gründen nicht. Wie bereits oben erwähnt, hatte Sureya im Winter bei sich in einem Schranke im Oktober um 4—5° überhitzte Gerste aufbewahrt, die er aus dem Depot der Landwirtschaftlichen Hochschule von Halkali entnommen hatte. Im April hatte diese Gerste bei ihm und seiner ganzen Familie die Hauterkrankung hervorgerufen; nun hatten im April die weiblichen Lausmilben keine Zeit, die Raupen der Leuchtkäfer auszusaugen, weil im April alle Raupen der Leuchtkäfer sich in Puppen oder Käfer umgewandelt hatten. Entgegen der Meinung des amerikanischen Parasitologen Webster konnten Behdjet und Sureya auf der Haut bei dieser Erkrankung nirgends Lausmilben finden, höchstens einige Fußspuren; ebenso stimmen sie gegenüber der Meinung Websters darüber überein, daß die Lausmilben im Winter in einer Wärmekammer nicht die geringste Bewegung zeigen und nicht aktiv sind, wie Webster behauptet. Wir stimmen alle drei, Hodara, Behdjet und Sureya über die Schlußfolgerungen überein: 1. Wenn auch selten, kann sich die Gerste in der Zeit von April bis November um ungefähr 1—4° überhitzen; wird diese überhitzte Gerste direkt oder nur durch die Pollen, die darauf fallen, mit der Haut in Berührung gebracht, so kann sie die Hauterkrankung hervorrufen, deren Symptome beschrieben wurden. Die Lausmilben, die sich in dieser überhitzten Gerste finden, bewirken, auf die Haut gebracht, in allen Fällen die Krankheit. 2. Dieselbe überhitzte Gerste kann ebenso im Oktober und im April des nächsten Jahres die Krankheit hervorrufen, und ebenso kann das auch durch die auf die Haut gebrachten Lausmilben geschehen mit dem Unterschied, daß diese in einigen Fällen die Krankheit hervorriefen, in anderen es nicht konnten. 3. Kalte Gerste, die nicht vorher überhitzt war, ruft, selbst wenn sie Lausmilben enthält, die Krankheit nicht hervor.

Diese dritte Folgerung wird durch die folgende Untersuchung Behdjets bekräftigt. In der ersten Augustwoche untersuchte er 20 Proben von verschiedenen Kaufleuten entnommener kalter Gerste. Unter diesen fand er sechsmal die Anwesenheit von Lausmilben, die, auf die Haut gebracht, nirgends die Dermatose hervorriefen. Ebensowenig geschah dies durch die auf die Haut gebrachten Pollen der Lausmilben enthaltenden kalten Gerste.

Digitized by Google

Histologische Untersuchung.

Wie gesagt, hatte Behdjet die Dermatose experimentell erzeugt, indem er im April Lausmilben von Gerste entnahm, die bei der ganzen Familie des Dr. Sureya die Krankheit hervorgerufen hatten, und sie unter einem Uhrglase auf die Haut brachte. Nach zwei Stunden entstand Erythem, Jucken, Brennen, dann Bildung von ödematösen Papeln und nach 24 Stunden zerstreute Bläschen und Pusteln, besonders um den Rand des Uhrglases herum, wo die Lausmilben angehäuft waren, wie ein Kreis von Bläschen, ähnlich einem Herpes circinatus; ein Stück wurde zur histologischen Untersuchung exzidiert, und zwar eine im Zentrum mit Pusteln bedeckte ödematöse Papel.

Bei der von einem von uns (Hodara) vorgenommenen histologischen Untersuchung zeigt sich die Epidermis sehr ödematös und hyperplastisch, und nach dem Zentrum zu sieht man Pusteln. An der Oberfläche kann man nirgends Spuren von Lausmilben feststellen. An der Epidermis sieht man im Stratum spinosum ein intensives interzelluläres Ödem, hauptsächlich jedoch intrazellulär. Man sieht an den Stachelzellen, besonders der oberen Reihen, die Kerne von großen, mehr oder weniger breiten ödematösen Lücken umgeben (Höhlenbildung nach Leloir). Gleichwohl sind die Kerne umfangreich. Das Zellprotoplasma ist gleichfalls hypertrophisch und ödematös; es findet sich hier ebenfalls ein interzelluläres Ödem weniger hervortretend als das intrazelluläre. Die Hyperplasie der Stachelzellen ist eine ungeheure, die Zahl der Zellreihen ist viel größer als im normalen Zustande, die Epithelzapfen sind sehr hypertrophisch und hyperplastisch und nach dem Korium zu bedeutend verlängert. Die Zellen der zelligen Follikelscheiden sind gleichfalls sehr ödematös und hypertrophisch. Es findet sich eine sehr ausgesprochene Akanthose, man sieht an den Kernen eine beträchtliche Proliferationstätigkeit, verschiedenartige Bilder, amitotische Kernteilungen und auch zahlreiche Mitosen. Das Stratum granulosum ist fast überall intakt, ödematös, die keratohyalinen Körner dick und voluminös. Das Stratum corneum sehr ödematös, in zahlreiche gelockerte und von einander durch ödematöse Hohlräume getrennte dünne Lamellen geschieden. Nach den zentralen Abschnitten der Schnitte zu, wo die Pusteln sitzen, sieht man eine große, ganz gerundete Pustel im oberen Teile der Stachelschicht, im Bereiche der mittleren und oberen Reihen bis zum Stratum corneum, das zum Teil zerstört und geborsten ist. In dem von der Pustel eingenommenen epithelialen Teile sind alle Epithelzellen mit ihren Kernen völlig zerstört durch den Einbruch der polynukleären Leukozytose, die das ganze Bläschen umfaßt; neben den polynukleären Leukozyten sieht man nur Detritus. Aber ringsherum um diese große Pustel, die überall eingekreist ist, um später ausgestoßen zu werden, sieht man die Stachelzellen der mittleren und unteren Lagen und der Epithelzapfen, alles sehr ödematös und hyperplastisch wie in den anderen Abschnitten der ödematösen Epidermis, die keine Bläschen enthält.

In einem anderen Präparate sieht man im zentralen Abschnitte gleich an der Oberfläche der Epidermis unterhalb des Stratum corneum eine kleine, von Leukozyten erfüllte Pustel, die von allen Seiten, an dem

Digitized by Google

unteren und den seitlichen Abschnitten von einer dicken parakeratotischen Schicht umgeben ist, die im Begriffe steht, sich in eine parakeratotische Schuppe umzuwandeln und die darüber gelegene Pustel auszustoßen. Diese parakeratotische Schuppe ist aus mehreren Reihen von Epithelzellen zusammengesetzt, deren Kerne wie Stäbchen abgeflacht und in parallele Reihen gestellt sind und deren Protoplasma homogenisiert und verwischt ist. Diese Desquamationsschicht sitzt im zentralen und oberen Abschnitt der Epidermis, um sich dann nach und nach gegen die Oberfläche zu erheben und die Pustel auszustoßen, die eintrocknen und in eine Kruste umgewandelt werden wird. Unterhalb dieser Desquamationsschicht finden sich mittlere und untere Reihen sehr ödematöser und hyperplastischer Stachelzellen, aber das Interessante in diesem Präparate ist, daß man unterhalb der Desquamationsschicht im Niveau der unteren und mittleren Reihen der ödematösen hyperplastischen Stachelzellen stellenweise die Bildung einer neuen, noch kleinen, tatsächlich subepithelialen Pustel sieht. Man sieht die Entwicklung und Anhäufung der polynukleären Leukozyten in Massen noch in einem kleinen Abschnitte der unteren Reihen der Stachelzellen, unterhalb der Desquamationsschicht gelegen, indem dieser Einbruch von Leukozyten bereits einen Teil Stachelzellen einiger unterer Reihen von Stachelzellen zerstört hat: polynukleäre Leukozyten unter dem Bilde einer kleinen rundlichen Pustel angehäuft, an einem Punkte unterhalb der Stachelzellenschicht mit Neigung, sich nach dem mittleren Abschnitte zu erheben; indem die enorme Leukozyten-Auswanderung zu diesem Niveau gelangt, sind Gefäße der Papillen und des Koriums noch teils in einem Abschnitt der unteren Reihen der Epidermis, teils unmittelbar unterhalb der Epidermis im corpus papillare angehäuft, indem sie einen Zusammenhang bilden, so daß die Pustel teils im unteren Abschnitt der Epidermis und teils unmittelbar unterhalb des Corpus papillare sitzt. Wie gesagt sieht man, daß in dem Niveau, wo die ödematöse Epidermis keine Bläschen enthält, die Hornschicht nirgends parakeratotisch ist, sie ist nur ödematös und in multiple kleine Lamellen geteilt, die unter sich gelockert und durch ödematöse Hohlräume getrennt sind, im Niveau der Pusteln jedoch bildet sich unterhalb und um diese eine Desquamationsschicht, die die eingetrocknete und in eine Kruste umgewandelte Pustel zur Abstoßung bringt, worauf die parakeratotische Desquamationsschicht eine gewisse Zeitlang sich an der Oberfläche befindet, wie man an einigen Präparaten eine parakeratotische Desquamationsschicht der Oberfläche der Epidermis nach den zentralen Punkten zu sieht, wo die Bläschen sitzen. Im Korium sieht man überall ein intensives Ödem der Papillen, im Papillarkörper, im mittleren und unteren Abschnitt des Koriums sind überall die Lymphräume stark erweitert. Alle Gefäße des Koriums, des Papillarkörpers und die Kapillaren der Papillen sind erweitert, einige Gefäße des Koriums, besonders unter den epithelialen Bläschen liegende, haben ein stark erweitertes Lumen mit Blutstase, Anhäufung von Fibrin, Lymphozyten, polynukleären Leukozyten in sehr reichlicher Auswanderung nach dem Korium zu. Alle Bindegewebszellen sind überall proliferiert und hypertrophisch in den Papillen, im Papillarkörper, im Korium. Die perithelialen Zellen der Gefäße sind gleichfalls proliferiert und man sieht die Gefäßwände von Zellmänteln infiltriert, die aus Reihen von perithelialen

Digitized by Google

proliferierten Zellen, untermischt mit Lymphozyten und polynukleären Leukozyten auf dem Wege der Auswanderung zusammengesetzt sind. In den Teilen des Koriums, wo keine Bläschenbildung stattfindet, findet sich ein intensives Ödem, die Gefäßlumina sind erweitert und enthalten einige Lymphozyten und polynukleäre Leukozyten, im Begriffe auszuwandern. An den unterhalb der Bläschen gelegenen Teilen des Koriums jedoch sieht man außer dem intensiven Ödem die Lumina stärker erweitert, Blutstase, viel reichlichere, über das ganze Korium, Papillarkörper und Papillen ausgebreitete Auswanderung von Leukozyten, die einen Einbruch in gewisse Stellen der Epidermis zur Bildung von epithelialen Bläschen bewirkt. Die elastischen Fasern sind überall intakt, nur in den perivaskulären zellulären Infiltrationsherden fehlen sie. Stellenweise sind in dem Korium die elastischen Fasern degeneriert, stellenweise hyperplastisch und ödematös, man sieht stellenweise elastische Fasern vom fünf- bis sechsfachen Volumen der Norm, vom Aussehen kollagener Fasern.

Zusammenfassung des histologischen Befundes.

Die Berührung der Haut mit den überhitzten Gerstenpollen und den Lausmilben, die sich darin finden, ruft eine Hauterkrankung hervor, die sich histologisch unter dem Bilde einer intensiven Entzündung des Koriums und der Epidermis darstellt. Man sieht in der Epidermis ein intensives inter- und intrazelluläres Ödem der gesamten Epidermis, hauptsächlich jedoch intrazellulär, besonders in den oberen Lagen mit Höhlenbildung nach Leloir; man sieht auch eine sehr beträchtliche Hypertrophie und Hyperplasie der Stachelzellen mit amitotischer und mitotischer Proliferation der Kerne. Ferner findet sich in der Epidermis Bildung von ausschließlich und vollkommen aus polynukleären Leukozyten zusammengesetzten Pusteln. Unmittelbar unterhalb dieser Pusteln bildet sich eine parakeratotische Desquamationslage, die dazu dient, die Pustel auszustoßen, wenn sie schon eingetrocknet und in eine Kruste umgewandelt ist. Im Korium sieht man gleichfalls eine intensive Entzündung, es besteht auch hier ein beträchtliches Ödem, die Lymphspalten sind sehr erweitert, die Blutgefäße sind erweitert, ihre Wände stark infiltriert von proliferierten perithelialen Zellen, das erweiterte Gefäßlumen enthält Lymphozyten und polynukleäre Leukozyten im Zustande der Auswanderung. Unterhalb der epithelialen Bläschen sieht man im Korium die Gefäßlumina noch viel stärker erweiterte mit Blutstase, Fibrinanhäufung, Lymphozyten und polynukleäre Leukozyten in sehr reichlicher Auswanderung im ganzen Korium, die in die Epidermis einbrechen, um epitheliale Pusteln zu bilden, die im oberen, mittleren und unteren Abschnitt der Epidermis sitzen können. Die elastischen Fasern im Korium sind auch stellenweise degeneriert und stellenweise sehr hypertrophisch, von einem viel beträchtlicheren Volumen als im normalen Zustande.

Digitized by Google

Eine für ansteckend gehaltene Hautabschuppung der Hände (Dyshidrosis sicca lamellosa).

Von

Dr. Moriz Porosz in Budapest.

Im Frühjahr und anfangs des Sommers ist die Dyshidrosis oder Cheiropompholyx[1]) eine häufige Erscheinung. Das Krankheitsbild dieses Hautleidens präsentiert sich oft in erschreckender Form. Die Finger der Hand des Patienten sind mit eitrigen Blasen bedeckt, mehrere der letzteren sind aufgebrochen und am Grunde der Blase finden wir unter der erodierten Epidermis eitrige, wunde, empfindliche und leicht blutende Stellen. Fließen mehrere linsengroße Blasen zusammen, so sind auch größere derartige Flächen zu beobachten. So garstig und für den oft unbewanderten Arzt ein großes Rebus bietend dieses Bild ist, so rasch kann es zur Freude des Patienten geheilt werden. Nach der Reinigung mit Alkohol, Benzin, mit der von Prof. Schwimmer empfohlenen indifferenten Wachssalbe umwickelt, heilt es nach drei, vier Tagen, ohne eine Spur zurückzulassen. Nur eine rosigere, frische Epidermis verrät die Stellen des abschreckenden Anblickes.

Dies ist die garstigste Form der Dyshidrosis.

Wenn auch schöner, so doch vielleicht noch unangenehmer ist ihre einfache Wasserblasenform. Auf der Hand, gewöhnlich auch auf dem Fuße, entstehen dickwandige, mit Wasser (Serum) gefüllte Blasen, welche spannen und bei empfindlichen Leuten schmerzen. Die Lieblingsplätze dieser Blasen sind die Ränder der Hände und der Füße, der Daumen-, Zeige- und kleine Finger, oft aber erstrecken sie sich auch auf die Beugeseite der Finger, sowie auf die Handfläche. Dasselbe ist beim Fuß der Fall. Sie plazieren sich vom äußeren Knöchel bis zur kleinen Zehe und vom innern Knöchel bis zur großen Zehe. Dehnen sie sich auch auf die Sohle aus, dann verursachen sie beim Gehen Schmerzen und der Patient vermag nicht aufrecht zu stehen. Sticht man die pfefferkorn-, selten linsengroßen Blasen auf und befreit sie von der in ihnen enthaltenen Flüssigkeit, so bedeutet dies für den Patienten eine Erleichterung. Unter der Epidermis zeigen sie eine gesunde Schicht, und am Rande der derart entstandenen, gewöhnlich kreisförmigen, rosafarbenen Stellen ist in dicker, blätteriger Schicht die Hautablösung zu sehen, die sich eine Zeitlang fortwährend ausdehnt und in immer dünner werdenden Lamellen erfolgt, bis endlich die sichtbare Abschilferung aufhört und mit der mit freiem Auge kaum sichtbaren Abschuppung der Umgebung der ehemaligen Blase der Prozeß heilt.

Sind die Blasen klein, hirsekorn- oder stecknadelkopfgroß, so erscheinen sie gewöhnlich in größerer Zahl. Die so deckende und umgebende Epidermisschicht ist trocken, dick. Die Blasen beginnen gewöhnlich mit unangenehmem Jucken und Brennen. Bei entsprechender Behandlung brechen die Blasen auf; noch besser ist's, sie mit einem feinspitzigen Messer aufzustechen, zu öffnen und die in ihnen enthaltene Flüssigkeit zu entleeren. Damit haben wir den Patienten von der Unannehmlichkeit befreit. Bei Behandlung mit Salbe heilt das Leiden alsbald und nur die am Rande der Blasen sich fortsetzende Abschuppung zeigt an, daß dort etwas vor sich gegangen ist. Da das Leiden in der wärmeren Jahreszeit aufzutreten pflegt, so glaubte man seine Ursache darin sehen zu können, daß die Mündung der Schweißdrüsen von einer trockenen und verdickten Epidermisschicht bedeckt ist, verschlossen wird, und derart die Absonderung der von der Hitze in Erregung geratenen Schweißdrüsen sich nicht auf die Oberfläche der Haut entleeren kann, sondern sich unter Spannung und Jucken unter die Epidermis entleert; dies verursache die wasserklaren Bläschen, die infolge des Widerstandes der dicken Deckschicht auch dem zu größerer Blasenbildung fähigen Schweiße widersteht, bis endlich das Übermaß der Flüssigkeit sie bersten macht. Török allerdings erklärt dieses Krankheitsbild als reine Blutserum-Durchschwitzung, die aus unbekannter Ursache entsteht und die aus gleichfalls unbekannter Ursache verdickte Epidermisschicht unter Blasenbildung aufhebt.

---

[1]) Török nennt sie bloß Pompholyx, oder er erwähnt auch Podopompholyx (griechisch heißt pompholyx = Wasserblase).

Digitized by Google

Seit einigen Jahren beobachte ich häufig ähnliche Hautabschuppungen bei einigen meiner nervösen Patienten. Es gibt solche, bei denen seit mehreren Jahren jeden Frühling das Gefühl der Trockenheit an der Hand auftritt, welcher eine mehr oder minder dicke, eine kreis- oder bogenförmige Richtung zeigende Hautabschuppung folgt. Heuer indes trat diese Erscheinung in großer Zahl auf, daß selbst in kleinerer Gesellschaft, wenn man davon sprach, 2—3 Frauen und Männer gemischt eine abschuppende, trockene Hand aufzuweisen vermochten. Ich hatte kaum einen derartigen Patienten, der nicht zweier oder dreier ähnlicher Bekannten Erwähnung getan hätte, so daß im Laienpublikum sich die Meinung verbreitete, es sei dies eine jener Epidemien, wie sie während des Krieges grassierten.

Diese trockene Abschuppung ähnelt tatsächlich dem Stadium der Dyshidrosis. Bei mehreren Gelegenheiten konnte ich beobachten, daß sie mit der Trockenheit der Haut beginnt. Das Tastgefühl der Haut ist stumpf, ihre Oberfläche glatt, wie sie zu sein pflegt, wenn wir einen heißen Metallgegenstand anfassen. Eine gute Hausfrau, eine meiner jungen Patientinnen, charakterisierte diese Erscheinung treffend, indem sie sagte, es sei, als ob sie Laugenstein berührt hätte. Unter dieser trockenen, glatten, härteren Epidermis zeigt sich an ein bis zwei oder auch mehr Stellen eine stecknadelkopfgroße, weiße, mit Luft gefüllte oder auch leere kleine Lücke, die kaum juckt, kaum unangenehm ist. Der Scheitel dieser leeren Blase löst sich ab und es beginnt nach der Umgebung hin in Kreisform die dicke lamellöse Abschuppung. Solche Patienten ziehen und reißen — wenn sie nicht mit anderem beschäftigt sind — diese Epidermisschichten oder sie beschneiden mit einer Schere den freistehenden Rand, denn — besonders die Frauen — scheuen sich davor, daß jemand, dem sie die Hand reichen, diese trockene, rauhe Partie bei ihnen wahrnehme. Diese von Flüssigkeit freie Blase ist indessen nicht immer sichtbar. Oft hat der Patient eine solche gar nicht wahrgenommen, bloß die Abschuppung hat er gesehen. In vielen Fällen ist dies ein von Dyshidrosis vollständig abweichendes Krankheitsbild. Ich hatte indes Gelegenheit, an 1—2 Patienten eine ganze Serie der beschriebenen Krankheitsformen zu beobachten. Speziell erwarteten die Patienten schon (zugleich mit mir) nach der Verdickung der Epidermis die Wasserblasen, statt welcher indes nur leere Blasen auftraten, ohne die sie begleitenden Unannehmlichkeiten. Diese Abschuppung kann wochenlang dauern. Eigentümlicherweise irritiert sie auch den nicht sehr eiteln Patienten und viele wenden sich, nachdem sie die verschiedenen annoncierten „Handverfeinerungssalben" angewendet haben, an den Arzt. Da in solchen Fällen die oberste Epidermisschicht der Haut sich verdickt — wie Török sagt, aus unbekannter Ursache —, so muß der ärztliche Eingriff sich gegen dieses Symptom richten. Hierzu ist die Salizylsäure geeignet. Deshalb verordne ich 3—5—10%ige Salizyl-Wachssalbe in einer der Haut des Betreffenden entsprechenden Perzentuation, und nach Abwaschung und Abtrocknung reibt man die Hände mit dieser ein und verreibt sie auf diesen so lange, bis die Haut nicht mehr fett, schlüpfrig ist. Hierdurch dringt die Salbe unter den Rand der in der Luft freistehenden Epidermisschicht, erweicht die dort im höchstgradigen Absterben befindliche Epidermis und schmilzt sie förmlich ab. Dasselbe Verfahren kann gesteigert werden dadurch, daß wir dem Patienten auf die für die Nacht eingeriebene Hand einen Handschuh anziehen lassen. Mit diesem Verfahren erzielen wir in 3—4 Tagen die Heilung. Was diesen Zustand verursacht und wie er vermieden werden kann, wissen wir vorerst nicht. Aber dem praktischen Arzt sowohl als dem Patienten dient es zur vollen Befriedigung, wenn wir die Heilung herbeizuführen vermögen. Das genügt uns vollkommen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Dezember 1922.

Originalbericht von L. Klemberg-Berlin.

Durch Akklamation wird Geheimrat Rosenthal anläßlich seines am 25. Dezember 1922 stattfindenden 70. Geburtstages einstimmig zum Ehrenpräsidenten der Berliner Dermatologischen Gesellschaft gewählt.

Digitized by Google

Krankendemonstrationen.

1. Arndt: a) 13jähr. Pat. mit **umschriebener Lymphadenose** der Haut (Verdickung am linken Ohr). Beginn vor zwei Jahren. Histologisch typische Lymphadenose.

b) **Hereditäres kongenitales familiäres Xanthom** bei einem jungen Mädchen. Konsanguinität der Eltern. Mutter war Nichte des Vaters und hatte Xanthome der Augenlider. Zwei jüngere Geschwister haben ebenfalls Xanthome. Bei dem jungen Mädchen selbst bestehen ausgedehnte flache und tuberöse Xanthome an den inneren und äußeren Augenwinkeln, Ellenbeugen, Kniekehlen, am Hals, zwischen den Fingern, an Achillessehne und Fingerstreckern. Gottron fand bei Untersuchung innerhalb acht Tagen eine Hypercholesterinämie und Verminderung der Lipasen. Röntgentherapie und Arsen wurden ohne Erfolg angewandt. Nach partieller Exzision kam es zum spontanen Rückgang vieler Herde.

c) **Erythema induratum und Schleimhauttuberkulide** bei einem 19jähr. Mädchen. Seit 1920 besteht das einem Ekthyma terebrans sehr ähnliche Erythema induratum — WR —, Pirquet positiv —, später erst kam es zur Vergrößerung der linken Tonsille mit tuberkelähnlichen Gebilden und nekrotischen Belägen, die schnell wieder schwanden. Ausstrich Tuberkulose stets negativ.

d) **Exfoliatio areata linguae** mit analogen Veränderungen der **Wangen** und **Lippenschleimhaut** bei einem Manne.

e) **Parapsoriasis en plaques** seit 15 Jahren unverändert. Ausgedehnte, serpiginöse Kreise — Ähnlichkeit mit tertiärer Lues — an allen Extremitäten und Rücken.

Zu b): Franz Rosenthal empfiehlt den Versuch der Doramadbehandlung bei Xanthom.

Zu d): Pinkus: Die Veränderungen, welche man bei der Exfoliatio areata auf der Zunge findet, sind nur außerordentlich selten auf anderen Teilen der Mundschleimhaut zu sehen. P. hat sie nur einige wenige Male auf den Tonsillen angetroffen.

2. Sklarz (Abt. Buschke) demonstriert einen Fall von **Keratodermia maculosa disseminata symmetrica palmaris** bei einer 28jähr. Pat. Zahlreiche stecknadelkopfgroße, gelblich weiße bis grauliche Effloreszenzen an beiden Handflächen und auf der Beugeseite der Finger, meist mit runder oder ovaler Delle versehen ohne Hornpfröpfe, Schuppen, Erweiterung der Schweißdrüsengänge, ohne subjektive Beschwerden und ohne entzündliche Erscheinungen. Die Effloreszenzen bestehen seit frühester Kindheit und gleichen völlig denen des ersten von Buschke und Fischer in der Ikonographie beschriebenen Falles (Demonstration der Moulage), und denen der später von Galewsky und 1922 von Oppenheimer demonstrierten Fälle. Der Umstand, daß die Pat. erst seit dem 17. Lebensjahr menstruiert, und daß die Menses unregelmäßig und stets mit Schmerzen verknüpft sind, legt den Gedanken einer endokrinen Störung der Keratodermie nahe.

Arndt erinnert an die Mantauxsche Porokeratosis.

Sklarz: Diese Differentialdiagnose ist berücksichtigt und bereits in der ersten Arbeit von Buschke und Fischer erwähnt.

3. Lange (Abt. Buschke): Demonstration eines weiteren Falles von **Leukoderm** am Halse und **Achseln** bei einem 12jähr. **Kinde** mit akquierierter Lues. Außerdem besteht Alopezie der Zilien und des behaarten Kopfes.

4. Buschke und Kroó demonstrieren mikroskopische Präparate von **experimenteller Rekurrens** bei Mäusen. Die Spirochäten dringen schon nach 24 Stunden in das Gehirn ein, finden sich dort nicht nur in den Gefäßen der Pia, sondern durchbrechen die gliöse Grenzschicht und sind — ganz wie bei Paralyse — in der grauen Substanz des Vorderhirns, Kleinhirns und der Medulla oblongata zu finden, und zwar in der Gliagrundsubstanz und im Innern von Gliazellen. In Ganglienzellen wurden sie bisher nicht nachgewiesen. Es handelt sich um zahlreiche nach der Jahnelschen Pyridinwaschmethode genau präparierte wohlerhaltene Spirochäten. Im Gehirn immuner Tiere — das, wie die Autoren nachgewiesen haben (vgl. Klin. Wochenschr., 1922) infektiös ist, finden sicherlich keine Spirochäten, sondern nur Granula, wie sie von anderen Autoren und bei der Spirochaeta pallida beobachtet wurden. Es ist hier nicht der Nachweis geliefert, daß die Rekurrensspirochäte kein reiner Blutparasit ist, daß sie erheblich neurotrop sein kann, was leider bisher bestritten wurde. Als Analogieversuche zur Biologie der schweren dem Experiment zugänglichen Pallida, für Fragen der Neurolues, Paralyse und Entwicklung der Spirochäte überhaupt sind diese Untersuchungen vielleicht von Bedeutung. (Die Präparate hat Prof. Bielschowsky begutachtet und ihre Richtigkeit bestätigt.)

Digitized by Google

5. Pinkus: Fall von **Granuloma anulare**. Pat. mit offener Lungentuberkulose, die einen außerordentlich ausgedehnten, an den Armen, dem Rücken, dem Bauch und den Oberschenkeln lokalisierten Ausschlag zeigt, dessen mikroskopisches Bild den Bau des Granuloma anulare aufweist. Der Ausschlag besteht aus hautfarbenen oder elfenbeinfarbenen, ganz gleichmäßigen, runden, flachen Knötchen mit schwachem roten Saum. Sie sind zu Gruppen und Ringen vereinigt. Andere Knötchen sind größer und zeigen eine zentrale Vertiefung; diese Ringe sind durch Wachstum aus den runden Knötchen hervorgegangen. Wegen der vollkommenen Übereinstimmung des mikroskopischen Bildes identifizierte Pinkus diese Affektion mit dem Granuloma anulare, das man meistens an Händen und Fingern beobachtet. Der histologische Bau gleicht andererseits völlig dem Bau des oberflächlichen papulo-nekrotischen Tuberkulids. Es ist für die Deutung des Granuloma anulare außerordentlich wichtig, daß es hier bei einer manifest tuberkulösen Person besteht. In einem anderen Fall hat Pinkus es an den Fingern einer Pat. beobachtet, welche außerdem an Folliklis, Erythema induratum und Livedo racemosa erkrankt war. Dieses Zusammenvorkommen mit manifester Lungentuberkulose, mit Tuberkuliden, und die Gleichheit des histologischen Baues veranlassen ihn, das Granuloma anulare in das Gebiet der Tuberkulide zu rechnen.

Arndt betont, daß er stets bei seinen Fällen auf den Zusammenhang mit Tuberkulose geachtet habe. Aber gerade bei den Fällen von G. a. bei Kindern, die bei der Beurteilung dieser Frage besonders wichtig sind, habe er sich nicht davon überzeugen können. Aus der Identität des histologischen Bildes bei zwei Krankheitsformen sei man nicht berechtigt, dieselbe Ätiologie der beiden Leiden anzunehmen.

6. Franz Rosenthal berichtet unter eingehender, kritischer Wiedergabe seiner Krankengeschichten über eine Reihe von **Salvarsanschädigungen**. Er kommt auf Grund seiner eigenen Erfahrungen zu dem Schluß, daß unbedingt toxisch wirkende, nicht einwandfreie Präparate von Neosalvarsan vorgelegen haben müssen. Er erlebte vier Exantheme, davon ging ein Pat. an akuter gelber Leberatrophie zugrunde. R. weist auf die Bedeutung der Staphylokokkeninfektion beim Auftreten eines Salvarsanexanthems hin (Nachweis von Staphylokokken in einem der schweren Fälle von Salvarsanexanthem) und auf die Bedeutung einer normalen Leberfunktion. R. warnt, bei der leichtesten Erkältung Salvarsan zu geben und untersucht regelmäßig vor jeder Injektion den Urin auf Urobilinogen. Bei positivem Ausfall der Probe setzt er sofort mit der Behandlung aus und hat seitdem keinen Ikterus und kein Exanthem erlebt. R. empfiehlt die regelmäßige Anstellung der Urobilinogenreaktion als ein wichtiges Hilfsmittel bei der Salvarsanbehandlung. Einwandfreie Salvarsanpräparate müssen natürlich dem Arzt zur Verfügung stehen; auf die Lagerung des Salvarsans bei der Aufbewahrung in der Nähe der Zentralheizung ist zu achten.

Kleeberg: Die Urobilinogenreaktion bei Salvarsanbehandlung ist schon seit vielen Jahren bekannt und von vielen regelmäßig angestellt. Man findet recht häufig eine positive Reaktion zur Zeit des Sekundärexanthems vor jeder Behandlung; während der Salvarsanbehandlung beobachteten wir in allen Stadien der Lues sehr häufig eine positive Reaktion, ohne daß es bei Fortsetzung der Behandlung später zum Ikterus gekommen wäre. Auf der anderen Seite hatten einzelne Fälle von Salvarsanikterus während der Kur nie eine positive Urobilinogenreaktion gezeigt. Es gibt eine physiologische alimentäre Urobilinogenurie, die nichts für eine pathologische Leberschädigung beweist. Dieses sehen wir immer wieder in der Privatpraxis. Auf Grund unserer eigenen jahrelangen Erfahrungen bietet uns die Urobilinogenreaktion leider keine Möglichkeit, eine drohende Salvarsanschädigung zu erkennen.

Pinkus: Bei genauer Feststellung der verwendeten Salvarsannummern, konnte P. sich nicht davon überzeugen, daß es bestimmte Nummern sind, welche Exantheme oder Lebererscheinungen hervorrufen. Nach seinen nach allen Richtungen hin angestellten Untersuchungen gibt es zur Zeit keine klinische Methode, welche imstande ist, zu erkennen, ob eine Leberreizung droht.

Sklarz: Die Urobilinogenreaktion beweist nichts für die Frage des Spätikterus. Nach Bericht der englischen Salvarsankommission waren oft Leberschädigungen erst drei Monate nach der letzten Injektion durch Lävulose und Lipaseprobe manifest, um nach weiteren drei Monaten abzuklingen. Auf die Rolle, welche die Störung des Ionengleichgewichts durch Summierung der Kalzium und Arsenionen für das Auftreten von Salvarsanschädigungen spielt, wird hingewiesen.

Schumacher glaubt nicht, daß Gründe vorliegen dürften, Salvarsanpräparate, die bereits einige Zeit gelagert haben, von der Verwendung ausschließen zu müssen, sofern

Digitized by Google

die Ampullen intakt sind. Bei gelegentlicher Verwendung von Neosalvarsan, das vier bzw. sechs Jahre bei Zimmertemperatur gelagert hatte, waren nachteilige Folgen nicht zu beobachten. Selbstverständlich wird man eine Aufbewahrung des Salvarsans auf Ofengesimsen oder Dampfheizungen, die Vorredner erwähnt, sowie die therapeutische Verwendung solchen Salvarsans nicht befürworten können.

7. Schumacher: **Der chemische Aufbau des Gonokokkus** (Demonstration von Präparaten und Mikrophotogrammen). (S. Derm. Wochenschr., 1922, Nr. 48.)

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

1922, Bd. 16, H. 10.

Ein Beitrag zur Histogenese der Prostatahypertrophie und der Rezidive nach Prostatektomie, von R. Honegger-St. Gallen. S. 425—440. Als Residuum nach der Prostatektomie bleibt eine plattgedrückte Schale oder Kapsel zurück, die sich histologisch als Prostata erweist. Auch nach totaler Prostatektomie können Rezidive vorkommen.

Zur Frage der transperitonealen Nephrektomie, von Robert Pamperl-Prag. S. 441—448. Gegenüber der im allgemeinen ausgeführten Lumbalschnittoperation führt der Verf. die Vorteile an, die durch den transperitonealen Operationsschnitt erfolgen. Die erstere Methode kommt in Betracht bei Entfernen von Steinen, Tuberkulose, insbesondere bei septischen Operationen. Der transperitoneale Weg kommt in Betracht bei Entfernung von Beckennieren, bei Freilegung von Hufeisennieren und Nierenverletzungen, bei restloser Entfernung eines großen Hämatoms. Die Blutstillung bei letzterer Methode ist sicherer. Allerdings kann dieselbe nur bei vollkommener Beherrschung der Asepsis ausgeführt werden. Verf. gedenkt auch noch einer dritten Methode, die Nieren freizulegen durch die extraperitoneal-abdomino-laterale Operation.

Die Dauerspülung der Blase nach der Prostatektomie, von F. Suter-Basel. S. 449—453. Verf. hat durch diese Therapie die besten Erfolge gezeitigt, insbesondere werden die sich bildenden Blutgerinnsel sehr schnell herausgespült, man ist jederzeit über die Stärke der Blutung orientiert und die Wundfläche bleibt dauernd sauber. Zur Spülung wird durch eine Tropfeinrichtung heiße oder kalte physiologische Kochsalzlösung benutzt, welcher man nach Bedarf Adrenalin oder ein anderes Medikament hinzusetzt.

Beitrag zur Erkennung und Beurteilung von Niereneiterungen, von K. Schreele-Frankfurt a. M. S. 454—455. Verf. berichtet über seine Methode, sich durch Anwendung der Zählkammer ein objektives Bild in Gestalt von Zahlenwerten über den Zellgehalt des Harnes jeder Niere zu verschaffen. Bei normalen Nieren finden sich in der Zählkammer bis etwa 30 Leukozyten, bei Niereneiterungen steigen diese Werte bis auf etwa 10000. Bei Blut wird konzentrierte Methylenblaulösung zugefügt.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Česká Dermatologie.

1922, Bd. 4, Nr. 2.

Herpes gestationis, von O. Bittmann-Brünn. Bei einer 34jähr. V.-Gravida, die gegen das Ende der vorangegangenen Gravidität eine analoge Hautaffektion überstanden hatte, trat in der Mitte der fünften Schwangerschaft zwischen den Fingern ein Herpes gestationis auf, der sich rasch auf den ganzen Vorderarm ausbreitete; später entstanden Herde am Bauch, an den Oberschenkeln und schließlich an den Brüsten und am Hals.

Digitized by Google

Es kam die Unterbrechung der Schwangerschaft in Frage, die aber mit Rücksicht auf die Gefahr einer Infektion von B. abgelehnt wurde. Er injizierte das Serum einer gesunden Schwangeren (fünfmal 10 ccm intraglutäal alle zwei Tage) und erzielte Heilung. Am 27. Tag nach der letzten Injektion trat ein Rezidiv auf bis dahin gesunder Haut auf; Seruminjektionen, Heilung. Nach 16 Tagen neues Rezidiv; diesmal konnte die Affektion durch Serum nicht geheilt werden, wohl aber brachte eine Milchinjektion Stillstand und Heilung, die bis zur Entbindung andauerte.

Die jüngsten Erfahrungen mit der Protein- und Vakzinetherapie der Gonorrhoe, von Lad. Fišer-Brünn. Polyvalente Gonokokkenvakzine erzielte nach der ersten Injektion promptes Verschwinden der Schmerzen bei akuter Epididymitis, nach der dritten Injektion ging gewöhnlich der Tumor zurück (andernfalls blieben weitere Injektionen erfolglos, worauf Arthigon, Aolan, Laktin usw. Besserung brachten) und nach der sechsten Injektion war die Schwellung verschwunden. Die gleichen Erfolge wurden mit Arthigon erzielt, bei dem aber die Zahl der Mißerfolge nach der dritten Injektion geringer war. Lokal wurde Ichthyol-Guajacol-Salbe aufgelegt. Auch bei chronischer Epididymitis bewährte sich Arthigon besser als polyvalentes Serum. Aolan und Laktin wirkten für sich allein weniger verläßlich, doch ist eine Kombination derselben mit Arthigon oder polyvalentem Serum die beste Behandlungsmethode nicht bloß der akuten und subakuten Epididymitis, sondern auch der Prostatitis und des blennorrhoischen Rheumatismus. Autoserum kann der Verf. nicht empfehlen. Milch wurde nur bei reichlicher Eiterung angewendet und hat sich auch bei Komplikationen gut bewährt. Phlogetan hat überraschend gute Resultate, jedenfalls die besten von allen genannten Mitteln ergeben.

Abführmittel, von Adolf Meska-Preßburg. Empfehlung der Abführmittel Lenitivan und Prismoid Vostrebal Laxatif.

1922, Bd. 4, Nr. 3.

Zur Pathogenese der Epidermolysis bullosa haemorrhagica, von L. Kučera-Prag. Die Epidermolysis bullosa haemorrhagica steht in keiner Beziehung zu der Gruppe der sogenannten hämorrhagischen Diathesen. Die Zusammensetzung des Blutplasma, die koordinierten Funktionen des Blutes und die Kapillaren weisen keine Abweichungen von der Norm auf. Im morphologischen Blutbild überwiegt eine absolute und relative Lymphozytose mäßigen Grades; parallel mit den neutrophilen Leukozyten ist auch die Zahl der Monozyten verringert. Diese Veränderungen des Blutbildes sind konstante und haben offenkundig einen konstitutionell-hormonalen Charakter.

Zur Standardisation der Wassermannschen Reaktion, von J. Kabelik-Brünn. Ohne jede Titrierung des Komplements verwendet Verf. Mengen von $^1/_4$ ccm 10 bis 20fach verdünnten Meerschweinchenserums. Neben der eigentlichen WR stellt er in den Thermostaten einen Ständer mit je 5 Eprouvetten für jedes Antigen, von denen jede je $^1/_4$ ccm Antigen + $^1/_4$ ccm physiologische Kochsalzlösung + $^1/_4$ ccm Komplement enthält. Nach $^3/_4$—1 Stunde nimmt er alle Ständer aus dem Thermostaten heraus; den Eprouvetten des letzterwähnten Ständers setzt er 0,3, 0,4, 0,5, 0,6, 0,7 ccm sensibilisierter Blutkörperchen zu; nur der letztere Ständer kommt zurück in den Thermostaten. Nach 10—15 Minuten nimmt er ihn heraus, liest an jener Eprouvette ab, in der alle Blutkörperchen aufgelöst sind und setzt dieses Quantum Blutkörperchen allen Eprouvetten zu, die sodann ebenfalls 10—15 Minuten bei 37° im Thermostaten bleiben wie der Kontrollständer. Dann wird abgelesen. Dies ist die erste und wichtigste Ablesung. Zur Sicherheit läßt K. alles im Eiskasten bis zum nächsten Tag stehen und kontrolliert die Resultate noch einmal zugleich mit der Ablesung der gleichzeitig angestellten SGR. Die Methode ist im Prinzip identisch mit jener von Kaup, erspart aber den ganzen Vorversuch und daher $1^1/_2$ Stunden Zeit.

Salvarsan, von J. Crha-Prag. Die intramuskulären Injektionen von Neosalvarsan nach der Formel von Bolzer (Gluco 914 Olarsol) sind, was die Beeinflussung der klinischen Symptome und der WR anbelangt, ganz gleichwertig den intravenösen Injektionen. Ihre Technik ist eine einfache. Komplikationen kommen nicht so häufig vor wie bei den intravenösen Injektionen, sind aber nicht ausgeschlossen. Bei vorsichtiger Dosierung können die intramuskulären Injektionen auch bei alten Individuen und bei Patienten mit Komplikationen seitens der inneren Organe angewendet werden. Man injiziert nach Bedarf bis zu 4,5 g. G. Mühlstein-Prag.

Digitized by Google

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

August-September 1922.

Beobachtungen über Trichomycosis flava, rubra und nigra in der Achselhöhle (Observations on Trichomycosis Axillaris Flava, Rubra und Nigra), von A. Castellani und A. G. Wilkinson-Orpington. S. 255—266. Bei Trichomykosis der Achselhöhle, auch als Leptothrix, Trichomycosis palmellina, Chromotrichomycosis u. a. m. seit langem bekannt, wurden von Castellani, der die Affektion (1911) hauptsächlich als Tropenkrankheit studierte, drei Hauptvarietäten — die gelbe, schwarze und rote — unterschieden: bei der gelben war ein kleiner Pilz (Nocardia tenuis) in großer Menge am befallenen Haar festzustellen, bei der schwarzen außer diesem noch ein zweiter Pigment erzeugender Kokkus, Micrococcus nigrescens, und bei der roten ebenfalls außer der Nocardia tenuis ein, in Symbiose mit ihr lebender, rotes Pigment hervorrufender Kokkus, der später Micrococcus Castellani genannt wurde. Genauere Beschreibung dieser drei Pilzarten, der mikroskopischen Bilder und der bezüglichen Kulturverfahren. Die Symptome der Affektion bestehen darin, daß die befallenen Haare der Achselhöhle und Schamgegend knotige, dem bloßen Auge kaum sichtbare Bildungen von gelber, schwarzer oder roter Beschaffenheit zeigen; in den Tropen findet man keineswegs selten auch Patienten mit zwei Varietäten der Trichomykosis: die Haare der einen Achselhöhle zeigen die gelbe, die der anderen die schwarze oder rote Unterart. Die gewöhnliche Art der Übertragung ist die von Mensch zu Mensch, die Inkubationszeit etwa zwei Wochen. Die Diagnose ist eine leichte, auf der Anwesenheit der (gelben, schwarzen oder roten) Knötchen begründete. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Tinea nodosa (eine Knotenaffektion des behaarten Kopfes und von Trichosporum Beigeli verursacht), Behrends (knotige) Trichosporosis, Piedra, Unnas Piedra nostras (Unnas Trichosporosis) und Du Bois' Trichosporosis; außer der letzteren, die an den Schamhaaren von Diabetikern vorkommt und durch Trichosporon glycophile verursacht wird, kommen diese Pilzerkrankungen am behaarten Kopfe resp. den Barthaaren vor. Keine der Trichomykosisvarietäten hat in den Tropen Neigung zu Spontanheilung. Behandlung: alkoholische Formalinlösung und 2—5%ige Schwefelsalbe.

Ein spezieller, favusartiger Zustand des behaarten Kopfes bei den syphilitischen Eingeborenen von Südafrika (A Specialised Favoid Scalp Condition Peculiar to the Syphilitic Native of South Africa), von A. Reith Fraser. Ein spezifisches papulopustulöses Syphiloderma, das für Heredosyphilis bei den Eingeborenen von Betschuanaland charakteristisch ist, aber auch gleichzeitig mit Sekundäreruption bei erwachsenen Eingeborenen vorkommt, von welchem ein Pilz des Achorion Schönleinii-Typus reingezüchtet wurde, der für Mäuse pathogen ist. Der Zustand, „Witkop" genannt, wurde niemals bei einem Europäer oder bei einem nichtsyphilitischen Eingeborenen beobachtet, kommt aber in seltenen und atypischen Fällen bei den Bastardrassen der Küste (Afrikas) vor. Am besten kann Witkop als nicht ansteckender favusähnlicher Zustand des behaarten Kopfes erklärt werden, der durch Bildung weißer, harter, trockener, konfluierender, fest anliegender Krusten, welche das Aussehen einer festsitzenden weißen Nachtmütze geben, langsame Entwicklung und chronischen Verlauf charakterisiert ist. Behandlung: Hg-Salvarsan.

Die Verbindung von Augenaffektionen mit Rosazea (The Association of Eye-Lesions with Rosacea), von R. Cranston Low-Edinburgh. Häufiger als bisher bekannt wurde, kommen Augenaffektionen in Verbindung mit Acne rosacea vor, und zwar sind es vor allem Konjunktivitis (einfache und phlyktänuläre) und Keratitis (in drei Formen, der milderen, schwereren mit Ulzeration und schwersten mit fortschreitender eitriger Entzündung der Hornhaut). Letztere hinterlassen Narben und Flecken auf der Hornhaut. Ätiologisch hält L. die Identität von Augen- und Hautaffektion nicht für zweifelhaft; das Vorkommen von Augenaffektionen hängt nicht von dem Grade der Rosazea ab, da die meisten Fälle, die mit Augenaffektionen verbunden sind, den leichteren Rosazea-Typus zeigen. Die einfache Röte der Bindehaut entspricht den Herden erweiterter Kapillaren bei Rosazea, die phlyktäneähnlichen der papulären und die Hornhautgeschwüre der pustulösen Rosazea. Ein weiterer interessanter Punkt ist die Tatsache, daß, speziell bei den leichteren Augenverletzungen, eine 1%ige Ichthyol-Zinksalbe oder eine 1%ige Schwefel-Salizylsalbe die besten Behandlungserfolge geben. Verf. empfiehlt Zusammenarbeit von Ophthalmologen und Dermatologen.

Digitized by Google

Oktober 1922.

Die Beschäftigungs-Dermatitis (Occupational Dermatitis), von FREDERICK GARDINER-Edinburgh. Vorliegende Arbeit bildet eine Zusammenfassung der 621 Fälle, welche Verf. in den letzten zehn Jahren beobachtet hat. Eine vorhergehende Hautveränderung (Dermatitis) kann einen Arbeiter für ein Reizmittel, das vorher ohne Schaden vertragen wurde, sehr empfänglich machen. Die Hautentzündung kann entweder durch das Reizmittel an sich oder durch Sekundärinfektion sich ausbreiten. Der Beginn der Anfälle kann in jungen Jahren sich zeigen, aber stellt sich gewöhnlich in den Jahren über 40 ein. Rückfälle sind sehr häufig, beinahe typisch für die Beschäftigungs-Dermatosen. In Gegenwart eines sehr kräftigen Reizmittels kann Dermatitis innerhalb eines bis zwei Tagen auftreten, bei vorhandener Hyperidrosis mit Wahrscheinlichkeit innerhalb weniger Wochen; besteht schon Seborrhoe, so geht die von dem Hautreiz ausgehende Entzündung mehr allmählich vor sich und kann sich dann monate- oder jahrelang hinziehen. Sonstige Krankheiten, wie Anämie, chronische Bronchitis, Rheumatismus, Klimakterium und höheres Alter sind wichtige prädisponierende Momente für das Entstehen einer Beschäftigungs-Dermatitis.

Eine ungewöhnliche, auf Tätowierung folgende Komplikation (An Unusual Complication Following Tattooing), von ERNEST MALLAM-Oxford. Bei einem 35jähr. Mann, Sappeur in der englischen Armee, traten zwei Jahre nach der Tätowierung an beiden Vorderarmen warzige Gebilde, und zwar gerade nur an den rot gefärbten Stellen auf, während die blau gefärbten völlig verschont blieben. Diese warzigen Gebilde nahmen allmählich an Größe zu und begannen Risse und kleine nekrotische Herde zu zeigen, obwohl keinerlei Absonderung oder Exsudat vorhanden war; sie waren völlig auf die Haut begrenzt, die frei beweglich und in keiner Weise induriert oder entzündet war, keine Erscheinung von Drüseninfektion oder anderen Metastasen. WR negativ, die mikroskopische Untersuchung ließ Zweifel, ob es sich um Lupus verrucosus oder Epithelwucherung maligner Art handelte. Behandlung mit X-Strahlen und darauffolgend mit Kohlensäureschnee hatte nur geringen Erfolg und erst die gründliche Exzision aller Gebilde brachte endgültige Heilung. M. konnte in der Literatur nur einen ähnlichen, von FOX (im Am. J. cut. u. Gen.-Urin. Dis., 1911, S. 216) veröffentlichten Fall finden, wo die Warzen ein Jahr nach der Tätowierung auftraten und mit einer Ausnahme an den Indigolinien verstreut waren.

Bemerkung zu Dr. NOXON TOOMEYS Artikel über Hypodermiasis (Rindermadenkrankheit) (Note on Dr. NOXON TOOMEYS Article on Hypodermiasis [Ox-Warble Disease]), von K. GRÖN-Christiania. In Norwegen ist die Krankheit schon viel länger bekannt und die Anzahl der beobachteten Fälle viel größer als T. angibt. Zuerst erwähnt von ALEXANDER v. HUMBOLDT und BOMPLAND, die auf ihrer Reise durch das äquatoriale Amerika (1799—1804) eine die Menschen befallende und bei ihnen Abszesse hervorrufende Bremsenart entdeckten. In Norwegen berichtete L. ESMARK (1842) als erster über das Vorkommen von Fliegenlarven bei vier Fällen von Kindern; seitdem wurden zusammen etwa 35—40 Fälle veröffentlicht, wahrscheinlich aber ist deren Zahl eine viel größere. Schließlich berichtet G. auch über einige, in Dänemark beobachtete und in der Literatur veröffentlichte Fälle von Hypoderma larvae bei erwachsenen Männern.

November 1922.

Die Frage der Empfänglichkeit für nicht bakterielle Toxine und Proteine (The Question of Sensitiveness to Non Bacterial Toxins und Proteins), von ARTHUR WHITFIELD-London. S. 331—338. Wichtig ist, zweierlei Arten von Empfänglichkeit zu unterscheiden, die einfache Empfindlichkeit und die Anaphylaxie; bei der ersteren verursacht erste Berührung einige Reaktion, weitere Berührungen Reaktionen, welche gewöhnlich im umgekehrten Maße zu dem Zwischenraum zwischen ihnen stehen; ernstere Störung (des Befindens) ist keineswegs ein Schutzmittel für die Zukunft, d. h. die Empfindlichkeit wird nicht vernichtet, sondern im Gegenteil durch die Reaktion erhöht. Bei der Anaphylaxie verursacht erste Berührung gewöhnlich keine Reaktion, weitere Berührungen nur dann, wenn eine beträchtliche Zwischenzeit verlaufen ist; wenn eine schwerere Störung entstanden ist und das Tier sich erholt, so ruft spätere Berührung keine Störung mehr hervor, d. h. durch die Reaktion ist die Empfindlichkeit beseitigt. W. führt hier eine Reihe von Fällen an, wo meist etwa zehn Tage nach traumatischer Ekchymosis schwerer Art eine erythematös-urtikarielle Eruption vorkam, die innerhalb kurzer Zeit wieder zurückging; es gibt also Kranke, welche zuweilen auf

Digitized by Google

Austritt ihres Blutes in ihre Gewebe mit der Produktion einer erythematösen Eruption reagieren. Eine weitere Form von Selbstempfindlichkeit ist jene, wo das Serum von Blasen auf des Patienten Haut eine erythematöse Reizung und schließlich Bläschen und wieder Blasen verursacht. Ein Typus von herdförmiger Eruption, der gewöhnlich an den Außenseiten der Schenkel und über der subkutanen Begrenzung der Ulna vorkommt, und von den einen follikuläre Hyperkeratosis, von den anderen Ekzema seborrhoicum genannt wird, ist häufig mit sogenanntem „Muskelrheumatismus" verbunden; diese Eruption verursacht nur kurze Zeit Jucken, aber durch das Kratzen entstehen zuweilen sekundär Hautröte und andere Störungen, bei einem Teile der Patienten aber mehr oder weniger lange Zeit nach der Eruption ganz asymmetrisch verteilte, lokal von der ursprünglich befallenen Stelle ganz unabhängige heftige Juckreize, was vielleicht mit der Resorption von Bakterienprodukten zusammenhängt. Ähnlich zu bewerten sind vielleicht auch ein von W. beobachteter Fall von Heufieber, wo Patientin bei jedem Anfall ausgedehnte Pityriasis des behaarten Kopfes mit starkem Haarausfall bekam, und die bekannten Fälle von Himbeer-, Erdbeer- und ähnlichen Ausschlägen bei manchen Personen.

Exfoliative Dermatitis infolge der Darreichung von Salvarsan und seiner Derivate (Exfoliative Dermatitis Following on the Administration of Arsenobenzol and its Derivatives), von David Lees-Edinburgh. S. 339—352. Die während oder nach der Salvarsanbehandlung auftretende Dermatitis exfoliativa ist nach L. das direkte Resultat der Therapie. Pat., welche an sich schon mit Hautentzündung behaftet sind, zeigen eine ausgesprochene Prädisposition zur exfoliativen Salvarsan-Dermatitis — in nahezu allen Fällen, welche L. beobachtete, hatten die Pat. schon vorher einen gewissen Grad von seborrhoischer Dermatitis oder gehörten zum seborrhoischen Typus. Mit Silbersalvarsan oder Disodo-Luargol beobachtete L. keine derartige Dermatitis, aber nach Sulfarsenol; daß As und nicht das Amino die Ursache ist, beweisen die heftigen, oft nach Fowlerscher Lösung oder Natr. cacodyl. auftretenden Hautentzündungen — As ist ein vaskulo-toxisches Mittel und dessen erste Wirkung ein allgemeines Erythem oder Röte infolge von Erweiterung der Hautgefäße. Herpes labialis ist erst ein Prodromalzeichen der Intoleranz und sollte bezüglich weiterer Gabe des Mittels besorgt machen. Das Anfangserythem beginnt gewöhnlich an den Innenseiten der Vorderarme und wird bald allgemein und symmetrisch in der Verteilung — scharlachähnlich, immer ist beträchtliche Schwellung und Ödem des Gesichts und der Augenlider vorhanden, heftiges Jucken, zuweilen Fieber. Sekundärinfektion der entblößten Hautoberfläche ist keine ungewöhnliche, durch das Kratzen bedingte Folge. Die Abheilung geht, selbst in günstigen Fällen, langsam vonstatten, von Komplikationen ist die gefährlichste die Bronchopneumonie. Kommt es zur Abschilferung, so kann Arsenik in der Haut, Urin und den Fäzes nachgewiesen werden, und in tödlichen Fällen beinahe in allen Geweben des Körpers. Die leichteren Fälle haben eine gute Prognose. Prophylaktisch empfiehlt sich vor Beginn einer Salvarsanbehandlung sorgfältige klinische und serologische Untersuchung des Pat., besonders in bezug auf frühere Dermatosen, richtige Funktion der Nieren oder anderer Organe des Urogenitalapparates und vorsichtige Dosierung des Salvarsans. Therapie im erythematösen oder exfoliativen Stadium Waschungen mit Kalaminlösung (gegen den Juckreiz) und Puder, im späteren Stadium warme Bäder (zur Entfernung der Schuppen) und Salben. Wiederaufnahme der Behandlung erst nach völliger Heilung der Hautentzündung am besten mit Injektionen eines löslichen Quecksilbersalzes. Nach zwei weiteren Monaten eventuell Silbersalvarsan oder Sulfarsenol. In allen Fällen von Intoleranz gegen Salvarsan und seine Derivate ist der ständige Gebrauch eines Schwefelwassers (per os) von großem prophylaktischem Nutzen.

Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris mit intravenösen Injektionen von Natrium salicylicum (A Note on the Treatment of Psoriasis vulgaris by Intravenous Injections of Sodium Salicylate), von Julio Bravo-Madrid. S. 353—354. Es wurde eine 20%ige Lösung von Natr. salicyl. angewandt. Die Anfangsdosis ist 0,5, die zweite 1 g, die dritte 1,5 und so fort, bis 3—4 g erreicht sind; diese Maximaldosis wird wiederholt gegeben, alle 2—3 Tage. Akute Fälle sind besonders geeignet, aber auch bei veralteten Fällen wurden noch gute Resultate erzielt. Dieselben führt Verf. auf die keratolytischen Eigenschaften der im Natr. salicyl. enthaltenen Salizylsäure zurück, wie auch verschiedene Fälle von Keratodermia und Hyperkeratosis erfolgreich behandelt wurden. Die Methode ist einfach und bringt Heilung oder Besserung ohne die lästige Anwendung von Salben. M. Stern-München.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Soeben erschien:

Preußische
Gebühren-Ordnung
für Ärzte und Zahnärzte

vom 10. Dezember 1922
mit eingehenden Erläuterungen und den für das Erwerbsleben der Medizinalpersonen gültigen Bestimmungen sowie mit dem Gesetz über die Gebühren der Medizinalbeamten

Von

Dr. J. Borntraeger
Geheimem Medizinalrat

Siebente, verbesserte Auflage
VII und 101 Seiten, Grundzahl 1,5*

Diese ärztliche Gebühren-Ordnung ist kein bloßer Abdruck des offiziellen Textes, sondern ein knapp gefaßter Kommentar, der Zweifel beseitigen hilft. Sie erspart Anschaffung größerer Nachschlagebücher und ist auch für Krankenkassen ein brauchbares Hilfsmittel.

1923

Leipzig / Verlag von Curt Kabitzsch

* Grundzahl × Schlüsselzahl ergibt den Ladenpreis.
Nach dem übervalutigen Ausland Berechnung in der Währung des Bestimmungslandes.

lius Springer,
selbst Ange-
he Forschung
pfender Form
ßt. Von der
en, Bleichen,
r Wesen mit
t musterhaft;
idelberg.

F. Zinsser.
es bekannten
Bildermaterial
Klauenseuche)
n Textes, der
r Tafeln sind
rfte es sich
oder auszu-
öses Syphilid
l 37: Herpes
Zustand eines
-Berlin.

ius Mahler.
Leipzig.) Die
rigen durch
swert ist die
ninologie, die

Hamburg.
Aufl., 608 S.,
des auch in
als ein Lehr-
ist sehr gut,
enn er auch
etont, daß er
gen, daß die
um Dermato-
usgeschlagen,
t des an sich
Kapitel (wie
e Pilzerkran-
-Berlin.

1922, Nr. 26,
te. Abheben

der äußeren Haut entsprechend Schnitt. Zweiter Schnitt | zum ersten vom lateralen Rand des ersten. Abpräparieren der Schleimhaut bis zur Nasenspitze. Kerbschnitte in den Flügelknorpel, Übereinanderschieben der Schnittkanten und Fixieren durch Nähte. Abtragen von Schleimhautstücken nach Erfordernis. Schleimhaut-Hautnaht. Äußerliche Fixierung durch Auflegen einer plastischen Masse (Stenzkomposition der Zahntechnik) 8 Tage lang.
H. Soltmann-Leipzig.

Digitized by Google

Austritt ihres Blutes in ihre Gewebe mit der Produktion einer erythematösen Eruption reagieren. Eine weitere Form von Selbstempfindlichkeit ist jene, wo das Serum von Blasen auf des Patienten Haut eine erythematöse Reizung und schließlich Bläschen und wieder Blasen verursacht. Ein Typus von herdförmiger Eruption, der gewöhnlich an den Außens kommt, und rhoicum ger diese Erupt zuweilen se mehr oder w ursprünglich der Resorpt vielleicht a Anfall ausg und die bek Personen.

Exfol Derivate (I its Derivati der Salvars sultat der T zeigen eine nahezu alle Grad von se salvarsan oc arsenol; daf Fowlersch vaskulo-toxi infolge von der Intolera Anfangseryt allgemein u liche Schwe zuweilen Fi liche, durch Fällen, langs Kommt es nachgewiese leichteren F einer Salvar besonders i Organe des im erythem den Juckrei Schuppen) u der Hautent zwei weiter Intoleranz g wassers (per

Zur E Natrium sa Injections o eine 20%ig 1 g, die drit holt gegeber

Verlag von Curt Kabitzsch in Leipzig, Dörrienstrasse 16.

Dornblüth's Arzneimittel der heutigen Medizin. **Mit therapeutischen Notizen zusammengestellt für praktische Aerzte und Studierende der Medizin.** 13. Auflage. Bearbeitet von Prof. Dr. med. **C. Bachem.** Taschenformat. VII u. 507 S. 1922. G.-Z. geb. * 7.

Gibt dem Praktiker bezüglich Arzneimittel und deren Verordnungsweise, über Bäder und Brunnen, Ernährungsvorschriften und sonstige therapeutische Massnahmen, wenn schnelle Orientierung nötig ist, gute Auskunft. *Med. Klinik.*

Die Nebenwirkungen moderner Arzneimittel. Von Prof. Dr. **Otto Seifert.** 2. vermehrte und verbesserte Auflage. 427 Seiten. 1923. G.-Z. * 8, geb. 9,5.

. . . dass das Buch eine hohe praktische Bedeutung für den Arzt hat — nicht nur im wissenschaftlichen, sondern auch im materiellen Interesse. *Apotheker-Zeitung.*

Der II. Teil, alle seit 1915 auf den Markt gekommenen Präparate enthaltend, kann Besitzern der 1. Auflage für G.-Z. 3, geb. für G.-Z. 4,5 noch geliefert werden.

Der praktische Hals-, Nasen- u. Ohrenarzt von San.-Rat **Rud. Panse**-Dresden. 160 S. mit 8 Abb. im Text. G.-Z. * 3, geb. 4,5.

Ein ganz modernes Buch, das zeigt, wie heute in der Praxis gespart werden kann und wichtig ist für jeden Arzt, der sich niederlassen will.

Kleine Urologie. Leitfaden zur Erkennung und Behandlung der Harnwege. Von San.-Rat **Dr. Goldberg.** VII u. 140 S. mit 32 Abb. im Text und auf 3 Tafeln. 1922. G.-Z. * 3, geb. 4,5.

Will den Praktiker schnell und sicher orientieren, nichts ist beschrieben, was nicht durch tägliche Arbeit in 30jähriger Praxis erprobt wurde. Ein sehr instruktives Buch.

Die Impotenz des Mannes. Für Ärzte dargestellt von **Dr. P. Orlowski,** Spezialarzt in Berlin. Dritte Auflage. V u. 148 S. mit 22 Abbildungen im Text und 3 farbigen Tafeln. G.-Z. * 4, geb. 5,5.

Für den Urologen vom Fach, dessenungeachtet wird auch der Praktiker, ebenso der Nervenarzt die Darstellung nicht ohne Gewinn aus der Hand legen.

Krankheitszeichen u. ihre Auslegung. Von **James Mackenzie,** M. D. M. R. C. P., autorisierte Übersetzung aus dem Englischen, herausgegeben von Professor Dr. **Johs. Müller,** Direktor des allgem. Krankenhauses Nürnberg. 5. Auflage nach der 3. engl. Orig.-Aufl. bearbeitet. XVI u. 277 S. mit 19 Abb. im Text. 1923. G.-Z. * 5, geb. 6,8.

* Grundzahl × Schlüsselzahl ergibt den Ladenpreis.
Nach dem übervalutigen Ausland Berechnung in der Währung des Bestimmungslandes.

alteten Fällen wurden noch gute Resultate erzielt. Dieselben führt Verf. auf die keratolytischen Eigenschaften der im Natr. salicyl. enthaltenen Salizylsäure zurück, wie auch verschiedene Fälle von Keratodermia und Hyperkeratosis erfolgreich behandelt wurden. Die Methode ist einfach und bringt Heilung oder Besserung ohne die lästige Anwendung von Salben.

M. Stern-München.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Einführung in die Mikroskopie, von P. Mayer. (2. Aufl., Verlag Julius Springer, Berlin 1922.) Das kleine Werk ist seinem Ziel, in erster Linie auf sich selbst Angewiesenen eine Einführung und praktische Unterweisung für die mikroskopische Forschung an die Hand zu geben, treu geblieben. In kurzer, klarer und doch erschöpfender Form findet sich das Wissenswerte und Wichtige in 12 Kapiteln zusammengefaßt. Von der Handhabung des Mikroskops über Einbetten, Schneiden, Färben, Entkalken, Bleichen, Lockern (Mazerieren), Zeichnen und Messen bis zur Beobachtung lebender Wesen mit dem Mikroskop, findet sich alles Notwendige dargestellt. Die Ausstellung ist musterhaft; der Preis trotzdem nicht hoch. O. Gans-Heidelberg.

Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes, von F. Zinsser. (3. Aufl., Verlag Urban & Schwarzenberg, 1922.) In dieser 3. Auflage seines bekannten Buches hat Zinsser nicht bloß den Text neu überarbeitet, sondern auch das Bildermaterial um 3 Tafeln (Lupus erythematodes, Hunterssche Glossitis und Maul- und Klauenseuche) vermehrt. Die prägnante Form des dem eigentlichen Atlas vorangehenden Textes, der die neuesten Arbeiten berücksichtigt, und die knappen Erläuterungen der Tafeln sind ein Vorzug des Buches. Die Bilder sind in der Mehrzahl gut, nur dürfte es sich empfehlen, in einer neuen Auflage einige Tafeln koloristisch zu verbessern oder auszuwechseln (z. B. Tafel 3: Primäraffekt der Zunge; Tafel 10: Annuläres ulzeröses Syphilid der Unterlippe, wo auf dem Bild die Ulzeration gar nicht hervortritt; Tafel 37: Herpes labialis: das Bild ist matt in der Farbe und stellt den fortgeschrittenen Zustand eines Herpes dar, nicht das typische Bläschenbild). E. Sklarz-Berlin.

Kurzes Repetitorium der medizinischen Terminologie, von Dr. Julius Mahler. (Breitensteins Repetitorium Nr. 65. Verlag Johann Ambrosius Barth, Leipzig.) Die 4. Auflage des Mahlerschen Taschenwörterbuches zeichnet sich wie die vorigen durch knappe, präzise Ausdrucksweise und große Übersichtlichkeit aus. Dankenswert ist die Aufnahme von Fachausdrücken aus der englischen und französischen Terminologie, die dem Leser ausländischer Fachliteratur sehr willkommen sein wird.
K. Unna-Hamburg.

Hautkrankheiten (Diseases of the Skin), von Henry H. Hazen. (2. Aufl., 608 S., Preis $ 7.50. Verlag C. V. Mosby Company, St. Louis 1922.) Das Buch des auch in Deutschland rühmlichst bekannten Verfassers stellt mehr ein Kompendium als ein Lehrbuch dar. Die Papierausstattung und die Mehrzahl der 241 Abbildungen ist sehr gut, der Text informiert, flüssig geschrieben, schnell über das Wesentlichste, wenn er auch oft sehr knapp gehalten ist. Wenn freilich der Verf. selbst im Vorwort betont, daß er hauptsächlich nur die englische Literatur berücksichtigt hat, um zu zeigen, daß die Amerikaner es nicht nötig haben, den Atlantischen Ozean zu überqueren, um Dermatologie zu lernen, so ist das dem Buch doch teilweise nicht zum Segen ausgeschlagen, und eine Berücksichtigung der europäischen Literatur hätte sicher den Wert des an sich brauchbaren Werkes erhöht. Im besonderen dürfte die Besserung einiger Kapitel (wie z. B. diese über Akne) und die völlige Umarbeitung des Abschnittes über die Pilzerkrankungen von Vorteil sein. E. Sklarz-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Tuberkulose.

Korrektur breiter Nasenspitzen, von E. Eitner-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 26, S. 1123) Schnitt intranasal von Nasenspitze nach Flügelansatz zu bis zur Mitte. Abheben der äußeren Haut entsprechend Schnitt. Zweiter Schnitt ⊥ zum ersten vom lateralen Rand des ersten. Abpräparieren der Schleimhaut bis zur Nasenspitze. Kerbschnitte in den Flügelknorpel, Übereinanderschieben der Schnittkanten und Fixieren durch Nähte. Abtragen von Schleimhautstücken nach Erfordernis. Schleimhaut-Hautnaht. Äußerliche Fixierung durch Auflegen einer plastischen Masse (Stenzkomposition der Zahntechnik) 8 Tage lang.
H. Soltmann-Leipzig.

Digitized by Google

Über die Kombination von multiplen tuberkulösen Abszedierungen des Unterhautzellgewebes mit einem tuberkulösen Gelenkrheumatismus, von H. Gorke. (M. Kl., 1922, Nr. 16, S. 499—501). Durch den Tuberkelbazillus können echte Eiterungsprozesse in der Haut und entzündliche exsudative Schwellungen der Gelenke hervorgerufen werden. Der Eiter der Hautabszedierungen unterscheidet sich makroskopisch und mikroskopisch von dem Eiter kalter Abszesse. Die Zahl der polymorphkernigen Leukozyten ist bis zu 75% vermehrt. Die eigenartigen Gewebsveränderungen der Haut und Gelenke können als allergische Reaktion aufgefaßt und zum Sekundärstadium der Tuberkulose gerechnet werden. G. Heymann-Elbing.

Fixationsreaktion und Tuberkulose (Réaction de fixation et tuberculose), von J. Rieux und Ch. Zoeller-Sol de Grâce. (Pr. méd., 1921, Nr. 89, S. 881.) Zum Nachweis der Tuberkulose sind bekanntlich von Calmette, von Besredka und von Nègre und Boquet Antigene angegeben worden für die serologische Untersuchung. Verff. bringen eine ausführliche Übersicht der in der Literatur bisher mitgeteilten Beobachtungen mit diesen Untersuchungsmethoden und berichten über ihre Erfahrungen bei 500 im Militarhospital mit dem Besredkaschen Antigen geprüften Fällen. Unter 88 nachweislich tuberkulösen Pat. gaben 86 eine positive Seroreaktion, unter 226 nicht für tuberkulös zu erachtenden Pat. fanden sich nur 19 mit positivem Ergebnis. Nach diesen und anderen ausführlichen Darlegungen empfehlen Verff. die Reaktion zur weiteren Verwendung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur diagnostischen Bedeutung der Eigenharnreaktion nach Wildbolz, von Ernst Stiefel-St. Gallen. (Schweiz. med. W., 1922, Nr. 30.) Der negative Ausfall der Probe in ihrer Originalausführung schließt mit größter Wahrscheinlichkeit eine aktive Tuberkulose aus, falls die Tuberkulinreaktion nach Mantoux 1:10000 positiv ist. Ihr positiver Ausfall dagegen spricht nicht absolut für aktive Tuberkulose; von 143 Fällen ohne klinische Symptome aktiver Tuberkulose reagierten 41 = 28% positiv. Durch Verbesserung der Technik kann vielleicht das Antigen reiner dargestellt werden, so daß in reinerer Lösung diese Fehlreaktionen verschwinden. E. Levin-Berlin.

Über Eigenharnreaktionen, von H. Böminghaus, Chir. Klin. Halle. (M. m. W., 1922, Nr. 16, S. 582.) 58 Untersuchte. Die Eigenharnreaktion von Wildbolz lieferte wohl bei Tuberkulösen mehr positive Resultate als bei Gesunden, lieferte sie aber auch bei diesen, besonders häufig bei Schwangeren und konnte bei Tuberkulösen versagen. Die Methode genügt also nicht. Sie ist ungenau, weil der Antigengehalt des Urins sicher ein wechselnder ist. A. v. Notthafft-München.

Über die Verwendung eines aus Tuberkelbazillen gewonnenen Eiweißkörpers zur Diagnostik der Tuberkulose, von E. Toenniessen, Med. Kl. Erlangen. (M. m. W., 1922, Nr. 26, S. 957.) Versuche mit einem nach einer neuen (nicht angegebenen) Methode aus Tuberkelbazillen gewonnenen Eiweißkörper. Diese Methode ergab eine vierfach höhere Ausbeute als die bisher zur Gewinnung von Eiweißkörpern aus Bakterien, insbesondere aus Tuberkelbazillen angewendeten Extraktionsverfahren. Es war schon deshalb anzunehmen, daß dabei Substanzen gewonnen werden, die bisher noch nicht aus den Bazillen extrahiert wurden. Dieser Eiweißkörper ist nach Verf. ein richtiges Antigen, im Gegensatz zu den Tuberkulinen. Die wirksame Substanz des Alttuberkulins ist, weil biuretnegativ und dialysierbar, kein Eiweißkörper, und deshalb nicht befähigt, bei normalen Tieren die Bildung von spezifischen Antikörpern und anaphylaktischen Reaktionskörpern anzuregen. Der gewonnene Stoff liefert sicherere diagnostische Resultate als Alttuberkulin. Der Charakter des tuberkulösen Prozesses offenbart sich klar; da die pulverförmige Substanz abwägbar ist, ist genaue Dosierung möglich. Dagegen kann man nur subkutan, nicht intrakutan einspritzen. A. v. Notthafft-München.

Untersuchungen über spezifische (v. Pirquet) und unspezifische Hautreaktionen nach van Groer-Hecht, von August Müller-Rostock. (Klin. W., 1922, Nr. 21, S. 1043.) Verff. haben zwischen der spezifischen und unspezifischen Reaktion der Haut größtenteils eine Parallelheit feststellen können. Jedoch ließ sich aus den Versuchen noch kein Schluß ziehen für die Stärke und das Vorhandensein des unspezifischen Hautfaktors bei den verschiedenen Konstitutions- und Krankheitsformen. Verff. haben an einem großen Material ihre Versuche angestellt, über das sie, ohne endgültige Schlüsse zu ziehen, berichten. E. Langer-Berlin.

Über eine modifizierte perkutane Tuberkulinprobe, von Paul Widowitz-Graz. (M. m. W., 1922, Nr. 7, S. 233.) Um die Follikel zugänglich zu machen und Hauthyperämie zu erreichen, reibt Widowitz die Haut erst mit Äther ab, bevor er eingedicktes Tuberkulin einreibt. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Über die Wirkungsweise des Tuberkulins, von H. v. Hayek und L. Wieser-Innsbruck. (Zschr. f. Tbc., 1922, Bd. 36, H. 4, S. 288—294.) Folgende Schlußfolgerungen: Die Theorie Selters, daß das Tuberkulin einen Reizkörper darstellt, der bei seiner Wirkung auf das tuberkulöse Gewebe weder gebunden noch verändert wird, widerspricht den bei der Tuberkulinbehandlung festgestellten praktischen Erfahrungen. Vielmehr ergibt sich aus ihnen die theoretische Vorstellung, daß die Tuberkulinreaktion durch „anaphylatoxische Zwischenprodukte" oder „anaphylaktische Reaktionskörper" hervorgerufen wird, die bei zu langsamem oder unvollkommenem Reaktionsablauf zur Wirkung gelangen. Ablehnung der Schlußfolgerungen Selters, die er aus seinen Tierversuchen zieht. Die Theorie Selters läßt den grundlegenden Gedanken, daß es sich bei den Erscheinungen der Tuberkulinreaktion um eine schwankende Wechselwirkung variabler Reizstärken und variabler biologischer Abwehrleistungen handelt, unberührt. Sie verlegt nur in einseitiger Weise die Entstehung reaktiver Stoffe auf das tuberkulöse Gewebe. Auch alle scheinbar widersprechenden Tierversuche und Reaktionserscheinungen am Menschen lassen sich auf der Grundlage dieser theoretischen Vorstellungen eindeutig erklären. H. Soltmann-Leipzig.

Reiztherapie und Tuberkulose, von v. Ohlen-Hamburg. (D. m. W., 1922, Nr. 32, S. 1069—1070.) Die Allergie beruht auf einem spezifisch eingestellten angioneurotischem Tonus, der durch den Reiz des im tuberkulösen Herd zerfallenden tuberkulösen Materials hervorgerufen und durch sympathische oder parasympathische Bahnen vermittelt wird. Es kommt dann zur lokalen Hyperämie, die das Tuberkulin unschädlich macht. Mit diesen Erscheinungen erklärt Verf. den Ablauf der Kutanreaktion. Bei der Herdreaktion diffundieren Stoffe aus dem kutanen Tuberkulindepot in die Blut- und Saftbahnen und werden zum Herde hingelockt, an dem sie eine Hyperämie (Heilentzündung) hervorrufen. F. Harry-Berlin.

Vergleichende Untersuchungen über verschiedene Tuberkuline in diagnostischer Anwendung, von Schall-Königsfeld. (M. m. W., 1922, Nr. 23, S. 859.) Moros diagnostisches Tuberkulin ist wegen größerer Sicherheit sogar dem Alttuberkulin Höchst vorzuziehen. Selten gibt letzteres Aufschlüsse, wo ersteres versagt. A. v. Notthafft-München.

Über Vitaltuberkulin, von E. Meyer-Magdeburg-Sudenburg. (D. m. W., 1922, Nr. 28, S. 934—935.) Nach der Injektion von Vitaltuberkulin traten Infiltrate in der Haut auf, die teilweise monatelang unverändert blieben, teilweise erweichten, aufbrachen und erst nach Monaten sich wieder schlossen. Es bestand große Ähnlichkeit mit einem Skrofuloderma. F. Harry-Berlin.

Haut- und Tuberkuloseimmunität. Zugleich ein Beitrag zur Frage der aktiven Tuberkuloseimmunisierung, von W. Böhme. (M. m. W., 1922, Nr. 9, S. 306.) Verf. geht davon aus, daß gegen eine Auswertung der Alttuberkuline auf ihre Brauchbarkeit hin durch Vergleichsimpfungen an verschiedenen Stellen der Haut einzuwenden sei, daß die einzelnen Hautabschnitte keineswegs unter gleichen Bedingungen für die Auslösung der diagnostischen Lokalreaktion stehen. Es ist deshalb der antigene Aufbau des therapentisch zu verwendenden Impfstoffes und der klinische Effekt wichtiger, als die Breite der Lokalreaktion. Es wird ein „Tuberkuloseimpfstoff A" beschrieben, der aus Tuberkulin und Tuberkelbazillenantigenen (Endotoxinen) besteht und der durch eine besondere Art der Einengung für subkutane Injektionen zu hoch tuberkulin- und endotoxinhaltig ist, jedoch für die nach Ponndorfscher Methode zu vollziehende Hautimpfung deshalb besonders geeignet sein soll, weil er quantitativ bei Hautimpfung das gleiche leisten soll, ohne bei Steigerung um das Vielfache dieser Dosis kumulierende Wirkungen auszulösen. Ein zweiter „Hautimpfstoff B" wird gegen „Mischinfektionen auf tuberkulöser Basis" und „tuberkulöse Intoxikationen" hergestellt und besteht aus den Bestandteilen des „Impfstoffes A", der „mit einer stark dosierten Quote jener Organismen verstärkt ist, die sowohl bei larvierter als auch bei klinischer Tuberkulose das Bild entscheidend beherrschen". Einer Besprechung der theoretischen Grundlagen dieser neuen Ponndorfschen Tuberkulinbehandlung folgen Mitteilungen über in dieser Weise zu verwendenden lebenden Impfstoff. Aus Versuchen zeigt sich, daß auch bei subkutaner Injektion lebender Rindertuberkelbazillen die Tuberkulose völlig lokal blieb, so daß Gefahren wahrscheinlich nicht bestehen würden. E. F. Müller-Hamburg.

Über Tuberkulose-Schutzimpfung, von H. Selter-Königsberg. (Kl. W., 1922, Nr. 32, S. 1589.) Wie beim Meerschweinchen, das durch humane resp. bovine Tuberkelbazillenimpfung immunisiert werden kann, wäre beim Menschen eine Immunisierung möglich durch Impfung mit arteigenen, id est humanen Tuberkelbazillen. Es dürfte

Digitized by Google

sich hierbei nur um ganz kleine, genau auszuzählende Dosen handeln. Solange die Methode nicht genau experimentell erforscht ist, muß vor der Anwendung am Menschen gewarnt werden. E. Langer-Berlin.

Über intrakutane Behandlung besonders von Hauttuberkulose, von W. Scholtz-Königsberg. (Kl. W., 1922, Nr. 20, S. 994.) Jahrelange ausgedehnte Versuche an der Klinik des Verf. haben gezeigt, daß die intrakutane Behandlung der Hauttuberkulose, speziell des Lupus, der subkutanen Tuberkulinkur gegenüber den Vorteil hat, daß stärkere Allgemeinreaktionen vermieden werden, daß sie aber im übrigen keine besseren Erfolge als die subkutane Methode zeitigt. Auch die intrakutane Behandlung ist nicht imstande, allein heilend zu wirken, sondern ist nur im Verein mit den sonstigen üblichen therapeutischen Maßnahmen brauchbar. Die intrakutane Trichophytiebehandlung liefert günstige Resultate und bessere als die subkutane; Versuche mit intrakutaner Behandlung durch Gonokokken- und Staphylokokkenvakzine bei den entsprechenden Erkrankungen verliefen negativ. E. Langer-Berlin.

Zum Problem der Tuberkulosebehandlung auf perkutanem Wege. 1. Prinzip und Methode, von E. Moro-Heidelberg. (M. m. W., 1922, Nr. 13, S. 457.) Im Gegensatze zu Petruschky, der mittels seines Linimentes Herdreaktionen beabsichtigte und erzielte, sucht Moro die bei Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose gefährlichen Herdreaktionen zu vermeiden und benutzt die Eigenschaft der Haut, entgiftende Reaktionskörper zu bilden. Nach dem Muster des günstigen verhütenden Einflusses, welchen tuberkulöse Erkrankungen auf tuberkulose gefährdete innere Organe ausüben, ist eine Reaktion der Haut zu wünschen. Moro läßt in 1—4wöchigen Intervallen 1 Min. lang 5 bis später 10 cm große Stellen der Rumpfhaut einreiben. Der lange Zwischenraum zwischen den Einreibungen ist wichtig; die Haut soll zur Ruhe kommen können und in ihrer Antikörperbildung nicht erschöpft werden. Statt des Tuberkulins ist Tuberkulinsalbe zu verwenden, weil bei dieser weniger resorbiert wird, die Herdreaktionen (in den Lungen) also ausbleiben. Die Tuberkulinsalbe enthält meistens neben dem Tuberkulin auch Tuberkelbazillen, um auch die Teilantigene der Tuberkelbazillensubstanz auszunützen. Während bei dem Petruschkyschen Liniment die Bazillen nicht in die Haut gelangen, konnte man sie bei der „therapeutischen Tuberkulinsalbe Ektebin" bis ins Stratum granulosum verfolgen. Das Verfahren leistet soviel wie jede andere wirksame Tuberkulinbehandlung. Die Hautreizung mag auch günstig wirken. Prophylaktisch ist das Mittel nicht zu verwenden. A. v. Notthafft-München.

Zum Problem der Tuberkulosebehandlung auf perkutanem Wege. 2. Histologische Untersuchungen, von Kurt Gottlieb-Heidelberg. (M. m. W., 1922, Nr. 13, S. 459.) Weder eine Salbe aus Lanolin und Bazillen noch das Petruschkysche Linimentum tuberculini compositum waren in die Haut jüngerer und jüngster Kinder so einzureiben, daß Bazillen in die tieferen Schichten übergegangen wären. Auch in die oberflächlichen gelangten sie nur, wenn entzündliche Blutfülle gesetzt worden war, und ohne diese bei einem Säugling von 6 Monaten. Wenn dagegen die Haut durch Quarzsand verletzt war oder der Salbe ein Keratolytikum beigegeben war, konnte man die Bazillen nach 24 Stunden reichlich im Korium, in den Basalzellen und in den Drüsenknäueln finden; später aber viel weniger ganze Bazillenleiber, meist nur Much-Granula. A. v. Notthafft-München.

Zur Kritik der perkutanen Tuberkulosebehandlung (Abwehr gegenüber Moro und Rokpke), von J. Petruschky-Danzig. (M. m. W., 1922, Nr. 23, S. 865.) Wenn in Hautschnitten von mit Petruschkys Liniment behandelten Kindern keine Bazillen gefunden wurden, so rührt dieses davon her, daß sie bei der Herstellung des Mittels feinst zertrümmert werden. Das Mittel ist so wirksam, daß von der ursprünglichen Verdünnung 1:25 auf 1:25000 heruntergegangen werden konnte. Auf milde Wirkung kommt es an. Moros Verfahren sei das Gegenteil. Petruschky weist auf die mit seinem Tuberkuloseliniment erreichten Erfolge hin. Hinter scheinbarer Unwirksamkeit verberge sich oft unscheinbare Wirksamkeit. A. v. Notthafft-München.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Bille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

17. März 1923 | Nr. 11 | Band 76

Aus der Hautklinik der städtischen Krankenanstalten Dortmund
(Leiter: Prof. Dr. Fabry).

Zur Frage der spontanen oder Geschwulstkeloide. Keloidentwicklung bei Molluscum contagiosum; annulär und serpiginös angeordnete Keloide; Behandlung der Keloide.

Von

Prof. Fabry und Ass.-Arzt Dr. Bockholt.

Mit 3 Abbildungen im Text.

In den letzten Jahren, besonders seit der Zeit, wo wir mit Radium und Mesothorium arbeiten (1913), haben wir eine verhältnismäßig große Zahl von sogenannten spontanen Keloiden beobachten und behandeln können und, da die Berechtigung der Sonderstellung dieser Erkrankung und vor allem das spontane Auftreten auch in der neuesten Literatur noch vielfach angezweifelt wird, so soll hier kurz über unsere klinischen und therapeutischen Erfahrungen berichtet werden. Wir schließen uns bezüglich der Sonderstellung und auch der Ätiologie den Autoren an, die beim echten Keloid eine individuelle Disposition annehmen. Wir glauben aber, daß auch noch andere Momente dafür sprechen, den sogenannten spontanen Keloiden eine Sonderstellung einzuräumen und sie vor allem von den Narbenkeloiden zu trennen. Die Neigung der spontanen Keloide zu Rezidiven, besonders nach operativen Eingriffen, ist bekannt und wird von keiner Seite bestritten, während doch einfach hypertrophische Narben nicht so zu Rückfällen neigen und therapeutisch leicht zu beeinflussen sind. Auch der histologische Befund, erhoben an den kleinsten Anfängen klinischer kutaner Knötchen, der Umstand, daß auch größere Geschwülste sich auf der Unterlage verschieben lassen, weist mit Sicherheit und übereinstimmend auf den Anfang der Geschwülste in der oberen Kutis hin, sie greifen nicht auf das subkutane Gewebe über und das bedingt eben ihr Fortschreiten in der Fläche; dadurch entstehen die bekannten wunderlichen, mit Krebsscheren verglichenen Fortsätze. Die Haut über den Geschwülsten ist gespannt, sie steht eben unter dem starken Druck der Geschwulst in der Kutis; daher auch die mattrötliche Farbe und das Durchscheinen feinster Gefäßchen. Histologisch erweist sich das Keloid als Fibrom und deckt sich somit mit dem Befund, den wir auch bei Narbenhypertrophien nach chirurgischen Eingriffen erheben; aber diese Narben greifen auch in das subkutane Gewebe über, so bei den Narben der kolliquativen Tuberkulose. Ist es

Digitized by Google

nun nötig, diese Keloide als spontane zu bezeichnen? Man will ja damit sagen, daß eine Verletzung, ein Trauma oder ein Reiz nicht nachzuweisen ist. Wir glauben, daß der Schwerpunkt ätiologisch zu legen ist in die Eigentümlichkeit gewisser Individuen, auf Reize manchmal ganz untergeordneter Art mit Fibromentwicklung zu reagieren. Das braucht aber nicht immer gerade ein Trauma mit Läsion der Haut zu sein, sondern es können auch entzündliche Prozesse sein, die zur Wucherung des kollagenen Gewebes führen. Beispiele hierfür sind das Aknekeloid des Nackens, und ein schönes Beispiel für diesen Entwicklungsgang gab uns vor kurzem eine Beobachtung, die wir hier mitteilen wollen. Wir sind der Überzeugung, daß jeder länger anhaltende und sich häufiger wiederholende Reiz der Haut, so Reiben, Kratzen bei Akne bei bestehender

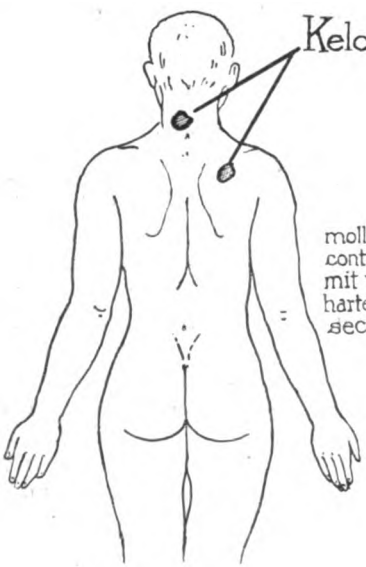


Abb. 1.

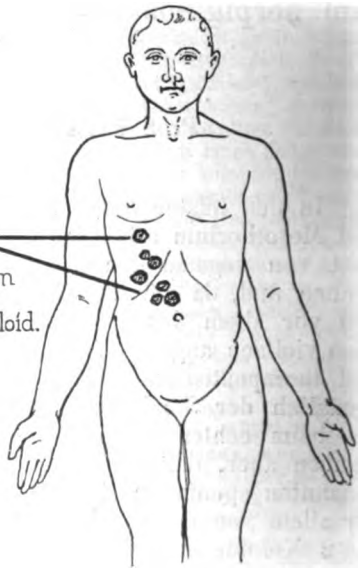


Abb. 2.

Prädisposition zu Keloid führen kann; danach können wir nur sprechen von Keloiden ohne nachweisbare Ursache oder sogenannten spontanen Keloiden. Diese Auffassung erklärt auch zwanglos, daß Brust, Nacken und überhaupt Stellen der Haut, die nach ihrer anatomischen Lage und ihrem Verhalten zur Unterlage (Skapula, Ellenbogenstreckseite), der Reibung, also traumatischen Insulten ausgesetzt sind, mit Vorliebe befallen sind.

Folgenden bemerkenswerten Fall, Student St. aus Münster, beobachteten wir im August 1922. Kräftiger, gesunder junger Mann, der nie hautkrank und auch sonst nie krank war. Er arbeitet während der Ferien auf einer Zeche in Buer in Westfalen.

Befund: In der Nackengegend ein walnußgroßes Keloid, ein etwas kleineres in der Gegend der rechten Skapula von der charakteristischen mattbläulich roten Farbe. Haut nicht in Falten zu erheben, Tumor auf der Unterlage verschieblich. Die Oberfläche des Tumors ist von kleinsten Gefäßen durchzogen. Schmerzen verursacht das Leiden nicht, aber in dem zeitigen Beruf als Bergmann ist die Haut häufigen Verletzungen ausgesetzt. An der vorderen Bauchseite rechts eine Gruppe von etwa zwölf

Digitized by Google

Geschwülsten mit deutlich zentraler Delle und hartem wallartigem Rand; bei seitlichem Druck entleert sich aus der Öffnung eine weißliche käsige Masse; der Rand der Geschwülste ändert sich dadurch nicht. Die Geschwülste sind langsam eines nach dem anderen entstanden und haben sich langsam vergrößert, ohne dem Träger irgend welche Beschwerden zu machen. Die mikroskopische Untersuchung des Geschwulstinhaltes ergibt typische Molluskumkörperchen. Abweichend von den gewöhnlichen Mulluska ist die auffallende Härte und die Eigenschaft, daß jedes einzelne Geschwülstchen durch die Vergrößerung in der Randpartie massiger erscheint, obschon jedes einen isolierten Tumor mit einer zentralen Öffnung darstellt.

Diagnose: Spontane Keloide im Nacken; Mollusca contagiosa der vorderen Bauchgegend, die in den Randpartien keloidartig verändert sind. Die histologische Untersuchung der Geschwülste im Nacken bestätigt die Diagnose: spontanes Keloid (Schridde).

Beurteilung: Es unterliegt nach dem klinischen und mikroskopischen Befunde keinem Zweifel,

1. daß es sich um Bildung von echten Keloiden handelt,

Abb. 3.

2. daß der Reiz der Entwicklung von Mollusca contagiosa in der Haut genügt hat, um bei allen Molluska eine keloidartige Randzone zu entwickeln.

In der Literatur ist, soviel mir bekannt ist, eine derartige Koinzidenz noch nicht beschrieben.

Die Keloide lassen sich in ihrem Beginn auf in der Kutis beginnende Geschwülste zurückführen und bilden eine charakteristische Entwicklung, deren Fortsätze bei Entwicklung größerer Tumoren mit Krebsscheren verglichen werden. Unser zweiter Fall — siehe Abbildung — bietet insofern eine Abweichung von der Regel, als er eine Anordnung kleiner Geschwülste in Annuli und Serpigines zeigt. Die Farbe ist grauweißlich, perlmutterartig glänzend, und das ganze Bild ist dadurch ungemein zierlich. Befallen sind beide Handrücken und Streckseiten der Finger. Unsere klinische Annahme, daß es sich um Keloide handele, hat die histologische Untersuchung bestätigt. Wir möchten die Besonderheit der Keloide in

Digitized by Google

diesem Falle bezeichnen als sogenannte spontane und multiple Keloide in annulärer und serpiginöser Anordnung.

In der Literatur haben wir nur einen Fall von ringförmigem Keloid gefunden, den von HARTZELL[1]) am 28. Dez. 1911 in der Philadelphia Dermatol. Gesellsch. vorgestellten. Das Keloid war am unteren Rücken entstanden durch die Applikation von Whisky und einem Glassauger. Eine genaue Vorstellung des Herganges kann man sich nach dem kurzen Referat nicht machen. Soviel läßt sich aber sagen, daß es sich um ein spontanes Keloid nicht handelt, da wir diese Bezeichnung für diejenigen Fälle reservieren müssen, in denen wir einen für die Keloidbildung verantwortlich zu machenden Reiz nicht nachweisen können.

Bei allen Spontankeloiden wird man neben oder außer der bereits angeführten Prädisposition eine Ursache oder sagen wir bis heute uns noch unbekannten Reiz annehmen, der zur Proliferation des Bindegewebes, also zur Fibrombildung Veranlassung gibt. Eine weitere Erklärung kann bis heute noch nicht gegeben werden. Über welche Bezirke und in welcher Ausdehnung erstreckt sich nun beim Kranken mit spontanen Keloiden die Reaktionsfähigkeit des Bindegewebes? Auch uns stehen hinreichend klinische Beobachtungen zur Verfügung, die uns zur Annahme zwingen, daß dieselbe eine sehr ausgedehnte, wenn nicht universelle sein kann oder aber auf einzelne Bezirke beschränkt bleibt. Bis heute wissen wir auch noch nichts darüber, ob die Reizfähigkeit eine dauernde oder temporäre ist nach Analogie des Reizstadiums der Epidermis nach Psoriasis (KÖBNER). Noch einen anderen vom Gewöhnlichen abweichenden Fall konnten wir vor kurzem beobachten.

Es handelt sich um einen 46jähr. Schmied, der nie ernstlich krank war. Vor 20 Jahren bekam er eine kleine „Pocke" an der rechten Schläfe. Dieselbe wurde zuerst mit Pflastern (vor 15 Jahren) und, da kein Erfolg zu erzielen und die „Pocke" auch größer geworden war, mit Gefrierung behandelt. Es traten aber immer wieder neue Pöckchen hinzu, welche dann mit Salbe behandelt wurden, und im Jahre 1915 wurde in Metz beim Militär auch eine Probeexzision vorgenommen. Angaben über das Ergebnis derselben kann Pat. nicht machen. Eine besondere Therapie hat sich daran nicht angeschlossen.

Der jetzige Befund ist folgender: An der rechten Schläfe in Zweimarkstückgröße flache, etwas weißliche, von feinen Teleangiektasien durchzogene Hautnarbe. Im Bezirk der Narbe vereinzelt kleine flache, rote, hirsekorngroße derbe Knötchen. Am Rande der Narbe, rund herum in der Umgebung unregelmäßig sich verlierend, kleine flache, konfluierende Erhabenheiten von demselben Charakter wie die Knötchen. Der ganze Bezirk ist ziemlich gerötet, auf der Unterlage verschieblich, auch auf Druck nicht schmerzhaft.

Der erste Gedanke beim Anblick des klinischen Bildes war: Hautkarzinom in der gutartigen, chronisch in der Fläche fortschreitenden Form. Die histologische Untersuchung ergab zur Überraschung: Keloid.

Eine sichere Deutung hinsichtlich der Entstehungsweise läßt sich nicht geben. Handelt es sich um ein sogenanntes Spontankeloid als Fortsetzung eines ursprünglichen mit der Gefrierung behandelten, oder ist es erst sekundär durch den Reiz der Behandlung der als andersartiger Erkrankung (Ca?) aufzufassenden mit Gefrierung behandelten „Pocke" hervorgerufen? Auf die Entscheidung dieser Frage kommt es

[1]) HARTZELL, Philadelphia Dermatol. Gesellsch., Sitzung vom 28. Dez. 1911, zit. nach Arch. f. Derm., Bd. 115, S. 1039.

Digitized by Google

hier nicht an. Der Fall soll nur zeigen, unter wie verschiedenartigem klinischem Bilde das Keloid auftreten kann.

Therapie der Keloide: Bekanntlich ist die Therapie besonders seit Einführung der Radium- und Mesothoriumbehandlung durchaus nicht so ungünstig gestellt. Wir sahen restloses Verschwinden von kleinen und mittelgroßen Keloiden nach Applikation der uns zur Verfügung stehenden relativ kleinen Mengen von Radium und Mesothorium, besonders von unseren drei Präparaten in Plättchenform, jedes zu etwa 9 mg Radiumbromid. Die Dauer der Applikation richtet sich nach dem Fall. Im allgemeinen wiederholen wir eine Applikation an derselben Stelle nur in Zwischenräumen von sechs Wochen und darüber, da wir selbst bei unseren kleinen Mengen noch nach vier Wochen das Auftreten eines Erythems beobachteten. Daraus ergibt sich, daß die Behandlung sich sehr hinzieht. Bei großen und in die Fläche ausgedehnten Keloiden gelang es uns in folgender Weise die Behandlungsdauer wesentlich abzukürzen. Es wurden unter guter Lokalanästhesie die über das Hautniveau prominenten Tumormassen entweder galvanokaustisch zerstört oder mit dem schneidenden Galvanokauter abgetragen und dann gleich hinterher möglichst lange und ergiebig nach der Operation Radium aufgelegt. Wir haben dieses Verfahren in vielen Fällen erprobt, es hat uns sehr befriedigt und wir können es deshalb empfehlen. Wir erinnern uns aus der Kriegszeit eines Patienten, der in der Gegend des Brustbeines durch Querschläger und in der Skapulargegend durch Granatschuß verletzt wurde und bei dem sich an der Vorder- wie an der Rückseite Keloidgeschwülste von außerordentlich großem Umfang entwickelten, wie wir es noch nicht gesehen hatten. Die Geschwülste hatten in der Fläche die Größe einer gespreizten großen Manneshand und zeigten auch die bekannten krebsscherenförmigen Fortsätze. Radium allein hätte zuviel Zeit in Anspruch genommen, während unsere vorbereitende kaustische Entfernung relativ schnell zum Ziele führte.

Nourneys Venenbluteinspritzung in der Dermatologie[1]).

Von

San.-Rat Dr. Leven in Elberfeld.

Nourneys „Vebli" besteht darin, daß er dem Pat. 2 ccm eigenen Venenblutes subkutan einspritzt; er wendet sie an bei Infektionskrankheiten und wiederholt die Injektionen, wenn nötig, nach 3—4 Wochen, eventuell noch später. Bei der Prüfung der N.schen Methode ging ich nun in erster Linie von dem Gesichtspunkte aus, das Schicksal des Kranken nicht an eine ungewisse Behandlungsart zu knüpfen und dafür das Bewährte ohne weiteres aufzugeben: es kamen nur sorgfältig ausgewählte Fälle in Betracht, bei denen mit der bisherigen Therapie keine völlige Heilung zu erreichen war und bei denen auch nicht durch Verzögerung ein Schaden bewirkt werden konnte.

N. stellt sich vor, daß das aus seinem normalen Verbande herausgerissene Blut bei Infektionskrankheiten geeignet ist, die Heilkräfte des Körpers anzufachen, „vitale Energien zu steigern". Dieses Aktivwerden will N. wohl so verstanden wissen, daß das Blut, wenn

[1]) Nach einem Vortrage des Verf. in der Sitzung der rhein.-westfäl. Dermat. in Essen am 26. XI. 1922.

Digitized by Google

es dem Gefäßsystem entnommen und subkutan eingespritzt wird, größere Mengen in ihm vorhandener immunisatorischer Kräfte mit einem Schlage abgeben kann, statt der allmählichen Abgabe bei der Passage durch den Kapillarkreislauf. Außer dieser Möglichkeit kommt meines Erachtens die Wirkung im Sinne einer unspezifischen Reiztherapie in Frage. Weiter geht nun N. von dem Gedanken aus, daß — ich wähle als Beispiel für meine folgenden Ausführungen die Lues — das Auftreten des Primär-Affektes schon eine Abwehrreaktion von seiten des Gesamtorganismus bedeute: jede Erstinfektion sei in erster Linie eine Blutinfektion. Mit dieser Auffassung steht im Einklange, daß schon zur Zeit des ersten Sichtbarwerdens des Primär-Affektes eine vollständige Generalisierung des Virus erfolgt ist; Neissers experimentelle Syphilisforschungen haben uns gezeigt, daß längst vor der Bildung des Schankers sich bei Affen impfbarer Virus in allen Organen findet. Man darf also unter keinen Umständen glauben, daß sich beim Auftreten des Primär-Affektes noch das ganze Spirochätenmaterial an der Impfstelle befindet. Die Bildung des Primär-Affektes beruht nun auf einer Abwehrreaktion und man muß sich zur weiteren Beurteilung des N.schen Satzes von der Blutinfektion und seinen diesbezüglichen Ausführungen — zitiert bei Delbanco, Dermatol. Wochenschr., 1922, Nr. 28 — dessen bewußt sein, daß die Abwehrreaktion von den zelligen Elementen ausgeht. Ob es lediglich die Zellen des Blutes bzw. die Lymphozyten sind — Bergel schreibt den Lymphozyten lipolytische Funktionen zu, die zum Abbau der lipoiden Spirochäten führen sollen —, oder diejenigen des befallenen Organes — die Transplantationsversuche Blochs bei Trichophytie weisen z. B. auf eine Beteiligung der epidermoidalen Gebilde der Haut hin —, oder schließlich beide, sei dahingestellt. Die bei dem Zellkampfe zwischen Spirochäte und Wirtszellen auftretenden „Reagine" kann man als streng spezifisch betrachten. Sie treten auf bei der gegenseitigen Einwirkung zweier ganz bestimmter Molekulargruppen aufeinander — und dieses Ergebnis muß genau so spezifisch sein wie jede andere chemische Reaktion. Diese Stoffe bilden die Grundlage der WR, die wir schon aus diesem Grunde als streng spezifisch betrachten müssen; ihre Spezifität wird auch bestätigt durch meine experimentellen Untersuchungen, aus denen hervorgeht, daß man Kaninchen durch Injektionen mit unspezifischen Lipoidextrakten wohl wassermannpositiv machen kann, daß diese auf unspezifischem Wege erzeugte WR aber keinen Schutz gegen nachträgliche Impfung mit Lues bildet. Daß die wichtigste Bildungsstätte des immunisatorischen Faktors, die örtlich zelluläre ist — gleichviel, ob durch die betreffenden Organzellen oder durch die Lymphozyten oder durch beide — können wir schließen: 1. daraus, daß der Reizsaft des Primär-Affektes wassermannpositiv reagiert zu einer Zeit, in der das Blut noch negativ ist; 2. aus Fleischmanns Untersuchungen über das häufige Vorkommen von Liquorveränderungen bei seronegativen Primärfällen, und 3. aus der von Hoffmann als Esophylaxie bezeichneten wichtigen Schutzfunktion der Haut. Das bekannte antagonistische Verhältnis zwischen Haut einerseits und inneren Organen andererseits, wie wir es aus der Erfahrung kennen — Freibleiben von Paralyse und Tabes bei schweren Hauterscheinungen und umgekehrt die im Frühstadium zumeist nur geringen Hauterscheinungen der späteren Tabiker und Paralytiker — wird durch die Annahme verständlich, daß in der Haut immunisierende Stoffe gebildet und von dort ins Blut abgegeben werden.

Ns. weitere Ausführungen theoretischer Art (über Antigene, Antikörper) erscheinen mir zu sehr in der Luft schwebend, als daß sie mehr denn spekulativer Betrachtung zugänglich wären; ich sehe deshalb von einer Erörterung derselben, bei der praktisch nichts herauskommt, ab. Nur noch ein Bedenken. Theoretisch müßten ja die Krankheiten, bei denen N. der Vebli eine Wirkung zuschreibt, bei jeder größeren Kontusion, die etwa 2 ccm Extravasat macht, in derselben Weise beeinflußt werden wie bei einer Vebli. Darüber, ob dies geschieht, will ich hinsichtlich der Dermatosen kein Urteil abgeben; sie sind vielleicht nicht so häufig, daß die Wirkung zur Kenntnis gekommen wäre. Aber bei den so außerordentlich verbreiteten Geschlechtskrankheiten hätte man solche Beobachtungen doch mit großer Wahrscheinlichkeit längst gemacht und besonders der Krieg mit seinen vielen Verletzungen wäre dazu geeignet gewesen.

Wende ich mich nunmehr den einzelnen Krankheiten zu, so ist bezüglich der in unserem Fache wichtigsten, der Lues, das Streben nach einer auf Verstärkung der Abwehrreaktion gerichteten Methode sehr begrüßenswert. Wir werden ja aller Voraussicht nach zu einer für alle Fälle sicheren Syphilisheilung erst dann kommen, wenn es uns gelingt, den Spirochäten durch Sero- oder Vakzinebehandlung, weitergefaßt durch Ausnutzung und Verstärkung der Reagine des Körpers, beizukommen. Ich will auf den Streit „hie Chemotherapie — hie spezifisch biologische Behandlung" nicht näher ein-

Digitized by Google

gehen; streng genommen beruht ja auch letztere auf der Auswirkung chemischer Faktoren, nur daß dabei nicht die chemische Fabrik, sondern der eigene Organismus der Lieferant der betreffenden Stoffe ist. Aber so lange uns eine sichere biologische Methode, wie ich sie kurz nennen will, nicht zu Gebote steht, müssen wir unsere jetzige Behandlungsart als das zurzeit sicherste Verfahren anwenden. Auch die Möglichkeit der Störung immunisatorischer Vorgänge kann uns nicht abhalten, Hg und Arsen anzuwenden, zumal wir über eine solche Störung nichts Sicheres wissen. Daß sogar Nourney selbst diese genannten Mittel unter gewissen Umständen für wertvoll hält, geht aus seiner Auffassung hervor, nach der zwar beide Medikamente Zellgifte sind, welche die zellulären Reaktionskräfte so schwächen können, daß eine spezifische Reaktion ausbleibt oder zurückgebildet wird, daß aber solche Zellgifte in denjenigen Fällen einen hohen Wert haben können, in denen die Allgemeininfektion durch übermäßige Reaktionen geradezu lebensgefährliche Formen annehmen kann. Er führt als Beispiel hierfür die Lungenseuche der Pferde an, bei der eine einzige Salvarsaneinspritzung lebensrettend wirkt, aber ich glaube annehmen zu dürfen, daß er auch bei gewissen Formen der Lues den in Rede stehenden Mitteln eine gleiche Bedeutung zuerkennt.

Nach Bergel wirkt das Salvarsan direkt spirochätentötend während das Hg zwar die jeweilig vorhandenen Abwehrkräfte des Organismus infolge des Zerfalles der lymphozytären Reaktionszellen und des akuten Freiwerdens der in denselben vorhandenen Lipase zu einer einmaligen, wenigstens teilweisen Auswirkung auf die Spirochäten gelangen läßt, aber die dauernden und natürlichen Heilungsvorgänge durch Vernichtung der lebenden Produktionsquellen der Antistoffe zeitweise verhindert, ohne selbst unmittelbar therapeutisch auf die Krankheitserreger einzuwirken. Der Wert des Hg liegt bei dieser Auffassung darin, daß es mit seiner Hilfe gelingt, durch die zeitweilige Verstärkung der Abwehrkräfte die Spirochäten abzutöten, eine Wirkung, die insbesondere als Ergänzung der Salvarsanwirkung wichtig erscheint. Darüber, ob eine wesentliche Herabsetzung der Abwehrkräfte bei nicht völliger Vernichtung der Spirochäten durch Salvarsan erfolgt, ist mir nichts Sicheres bekannt: nach Bergel werden bei der Abtötung der Spirochäten durch Salvarsan die Reaktionszellen vielleicht noch vermehrt. Aber wie dem auch sein mag, auf die bloße Möglichkeit hin wird man sich aber schwerlich entschließen, von seinem Gebrauche abzusehen. Alle diese Fragen, bei denen es immer wieder von größter Bedeutung ist, ob, und wenn ja bis zu welchem Zeitpunkte und in welchem Prozentsatze eine völlige Sterilisierung durch unsere bisherigen Mittel gelingt, sind noch nicht ausreichend geklärt. Wir sind mit unserer bisherigen Therapie bis jetzt nicht zu einer für alle Fälle sicheren Heilung der Lues gelangt und müssen uns deshalb auf der anderen Seite der Wichtigkeit des anderen Weges, der Schaffung einer spezifisch biologischen Behandlungsart bewußt bleiben, die auf dem Streben nach einer bis zur völligen Heilung führenden Verstärkung des Abwehrfaktors beruht. Bei meinen Beobachtungen, auf die ich jetzt zu sprechen komme, hat Nourneys Vebli diese Hoffnung aber nicht erfüllt.

Zunächst bin ich hinsichtlich der praktischen Auswertung der Vebli der Ansicht, daß N. bei seinen Krankengeschichten, wenigstens bei seinen mir bekannten Arbeiten, wohl infolge seiner Überzeugung von der Richtigkeit seiner Methode, den Beweis für die Wirksamkeit der Vebli da schon für erbracht hält, wo der kritische Nachprüfer noch Anlaß findet zu zweifeln. Was beweist es bei dem Chamäleoncharakter der Lues, wenn eine Frau, die früher abortiert hat, nach einer Vebli ein Kind austrägt und wenn das Kind positiv im Nabelvenenblut reagiert, aber sonst „bis jetzt“ — zweijährig bei der Publikation — gesund bleibt? Was will ferner die Angabe besagen, daß Frauen, die früher regelmäßig abortierten, gesunde Kinder zur Welt brachten? Wie lange wurden sie beobachtet und wie war die WR? Auf diese Weise ist kein strenger Beweis zu führen; das weiß jeder, der die Lues nur einigermaßen kennt. Uns allen ist die tardive Form der intrauterin erworbenen Syphilis bekannt, die sich oft erst während der Pubertät, ja noch später äußert. Wir wissen, daß wohl im allgemeinen das Kassowitzsche Gesetz von der spontanen graduellen Abschwächung bei der intrauterin erworbenen Lues gilt, demzufolge die Aussichten für die Kinder um so günstigere sind, je größer der zwischen Infektion und Konzeption liegende Zeitraum ist, aber „diese Skala ist keineswegs regelmäßig“ (Buschke). Erst recht unsicher wird aber die ganze Bedeutung des Erfolges von N.s Veblibehandlung der Lues, wenn man liest, daß er bei der Initialsklerose außer der Vebli doch noch Hg sowie andere Präparate — welche denn? — anwendet und dies mit in den Begriff einer „hygienisch-diätetischen“ Behandlung einreiht! Was besagt es ferner bei der Gonorrhoe, von einer Heilung zu

Digitized by Google

sprechen ohne genaue Angaben über mikroskopischen Befund? Was helfen da so allgemeine Angaben, wie sie sich in N.s Arbeit „Zur Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten" finden? Gerade derjenige, der weiß, daß die Prognose der Gonorrhoe, der männlichen wie der weiblichen, weit schlechter ist als wir früher dachten und als viele noch jetzt denken, muß Beobachtungen zum Beweise verlangen, die schärfster Kritik Stand halten. Theoretisch halte ich gleich N. eine spezifisch biologische Therapie der Gonorrhoe für möglich, zumal wir durch mannigfache Untersuchungen wissen, daß auch bei dieser Krankheit Komplementbindungsreaktion eintritt, daß sich also auch bei ihr Reagine im Blute finden.

Was nun meine eigenen Beobachtungen betrifft, so will ich mit Rücksicht auf den beschränkten Raum von ausführlichen Krankengeschichten absehen. Bleibe ich zunächst bei der Gonorrhoe, so habe ich die Vebli bei akuten und chronischen Formen versucht. Ich kann kurz sagen: Bei chronischen postgonorrhoischen Urethritiden sah ich zuweilen nach anfänglicher Provokation[1]) ein vorübergehendes Nachlassen der Sekretion, ohne daß sich aber im ferneren Verlauf an dem Krankheitsbilde etwas Wesentliches geändert hätte. Wirkliche, sichere und einwandfreie Erfolge habe ich nicht, weder bei chronischen noch bei akuten Fällen, feststellen können. Bei der Ungefährlichkeit der Vebli könnte man sie eventuell in geeigneten Fällen noch weiter prüfen in dem Sinne einer unspezifischen Reiztherapie, darf sich aber dabei nicht der Hoffnung hingeben, durch sie auf unsere bisherige lokale Therapie verzichten und diese durch sie ersetzen zu können.

Was die Lues angeht, so habe ich nicht den Mut entwickelt, einen Primär-Affekt mit Vebli zu behandeln und dadurch den Pat. in die Gefahr einer Verschleppung zu bringen; ich kann also bezüglich Beurteilung der Wirkung auf eine Initialsklerose nichts sagen. Im übrigen habe ich die Vebli versucht: 1. in Fällen von Lues latens mit positiver WR, in denen ich mit Hg und Salvarsan keinen Umschlag der WR erzielen konnte und die ich nur noch hier und da mit Jod behandelte. Erfolg gleich Null, in einem Falle auch bei zweimaliger Injektion; 2. bei einer stationären Tabes mit negativer WR; 3. bei einem Falle von leichten meningitischen Reizerscheinungen mit negativer WR und 4. bei einem papulo-ulzerösen Syphilid mit negativer WR. Irgend eine erkennbare Einwirkung war auch bei diesen Fällen nicht festzustellen.

Im Anschluß an die bekannte Linserssche Anwendung von normalem oder auch vorbehandeltem menschlichen Serum lag es nun nahe, die Vebli bei der Behandlung von Hautkrankheiten zu versuchen. Linsers Methode unterscheidet sich vor allem von der Nourneyschen dadurch, daß es keine Eigenblutbehandlung ist, und es würde, gleiche Wirkung vorausgesetzt, die Vebli aus dem Grunde den Vorzug verdienen, weil bei ihr nicht die Gefahr besteht, irgend eine Erkrankung vom Serumspender auf den Empfänger zu übertragen. Linser behandelte zunächst Herpes gestationis, bei dem er durch Serum gesunder Schwangerer Heilungen erzielte; auch mit dem Serum von Nichtschwangeren wurden Erfolge erreicht, in schweren Fällen half aber nur das Schwangerenserum. Außerdem verwandte Linser Serumeinspritzungen noch bei Urtikaria und Pruritus und betont, daß auch das Ekzem vielfach ein dankbares Gebiet für seine Methode sei. Ich habe nun die Vebli bei verschiedenen Dermatosen versucht, vor allem bei Urtikaria und Pruritus, und bei einzelnen Fällen eine gute Einwirkung insbesondere auf den Juckreiz gesehen, aber auch Versager erlebt. Man darf aber nicht übersehen, daß beim Verschwinden des Juckreizes der suggestive Faktor möglicherweise eine große Rolle spielt. Die Einspritzung eigenen Blutes macht auf die Pat., die sich gar kein Bild davon machen können, wie das Eigenblut heilend wirken soll, vielleicht gerade wegen der Unerklärlichkeit des Vorganges einen großen Eindruck.

Fasse ich kurz zusammen, so bin ich für die Dermatologie — die Prüfung der Leistungsfähigkeit von N.s Methode in anderen Zweigen der Medizin muß anderen Untersuchern überlassen bleiben — der Ansicht, daß die Vebli lediglich als unspezi-

---

[1]) Vor allem die provozierende Wirkung der Vebli soll sich nach einer Mitteilung Delbancos an mich bei intrakutaner Anwendungsart der Vebli, die von D. und seinen Mitarbeitern jetzt geübt wird, gelegentlich recht intensiv gestalten. Nach D.s Auffassung rückt die Vebli auf die Stufe der intrakutanen Aolaninjektionen und entsprechender unspezifischer Maßnahmen, und stellt eine unspezifische Reiztherapie dar im Gegensatze zu Nourneys Auffassung, der sie als spezifische Reiztherapie betrachtet wissen will. Auch hierin befinde ich mich also in erfreulicher Übereinstimmung mit Delbanco.

Digitized by Google

fische Reiztherapie in Betracht kommt und daß die ganze Veblifrage darauf hinausläuft, ob sie als solche irgend welche Vorzüge vor den uns sonst bekannten derartigen Methoden hat. Am ehesten könnte vielleicht ein Versuch mit der Vebli bei den genannten Hautkrankheiten, eventuell auch noch bei einzelnen Ekzemformen, Aussicht auf Erfolg haben und ohne Vernachlässigung sonstiger Therapie angesichts der Harmlosigkeit des Eingriffs weiter geprüft werden. Bei den Geschlechtskrankheiten werden wir nach meiner Auffassung und meinen Beobachtungen mit N.s Methode nicht zum Ziele kommen; es gelingt uns nicht, mit ihr die Abwehrkräfte des Organismus so zu verstärken, daß wir uns auf die Vebli verlassen und mit ihr allein den Kampf aufnehmen können. Ich muß deshalb gleich Delbanco davor warnen, auf unsere bewährten Methoden zu verzichten, solange wir keine besseren haben. Als Nourneys Verdienst ist zu buchen, daß wir durch ihn wieder einmal auf die Wichtigkeit der Abwehrkräfte des Organismus hingewiesen worden sind.

Literatur.

1. Nourney, Zur Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten. Derm. W., 1921, Nr. 52. — 2. Nourney, Zur Immunbiologie der Syphilis. Fortschr. d. Med., 1922, Nr. 13. — 3. Nourney, Erwiderung auf Delbancos Bemerkungen. Derm. W., 1922, Nr. 39. — 4. Delbanco, Zu Nourneys Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten. Derm. W., 1922, Nr. 28. — 5. Leven, Zur experimentellen Syphilisforschung. D. m. W., 1922, Nr. 36. — 6. Finger und Kyrle, Syphilis und Liquor. Arch. f. Derm., Nr. 138. — 7. Hoffmann, Über eine nach innen gerichtete Schutzfunktion. D. m. W., 1919, Nr. 45. — 8. Bergel, Diskussionsbemerkungen in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft. Derm. Zschr., 1922, Nr. 36, H. 6.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Festsitzung am 70. Geburtstage des Ehrenpräsidenten Geh. San.-Rat O. Rosenthal am 9. Januar 1923.

Originialbericht von L. Kleeberg-Berlin.

1. Krankendemonstrationen.

a) Bruhns demonstriert einen Mann mit ausgedehntem **Bromoderma tuberosum vegetans.** Im Gesicht, an Streckseiten der Arme und Extremitäten waren zweimarkstückgroße Effloreszenzen, krustös, von granulierendem Charakter, oft von einem roten Hof umgeben, daneben bestanden hanfkorngroße Pusteln. Der Ausschlag war bei dem Kranken, der an Epilepsie leidet, nach Einnahme von Sandowschen Bromsalz aufgetreten. Brom konnte im Urin auch nachgewiesen werden. Nach Aussetzen des Medikaments kam es noch zum Auftreten von Pusteln, deren Blase sprang und dann wuchernden Charakter zeigten. Histologisch fand man ungestüme Wucherung der Epithelleisten und Papillarkörper. Differentialdiagnostisch kam noch die von einzelnen noch als besonderes Krankheitsbild angesehene Pyodermie végétante (Hallopeau), die aber von den meisten zum Pemphigus vegetans gerechnet wird, in Betracht. Therapeutisch bewährten sich Pinselungen mit 2%iger spirituöser Trypaflavinlösung.

O. Rosenthal erinnert an die große Ähnlichkeit mit dem einst von ihm veröffentlichten Fall von Jododerma tuberosum fungoides.

b) Heller zeigt einen 46jähr. Mann mit **multiplen primären Hautsarkomen.** Es bestehen auf dem äußeren Fußrücken 25 kleine Tumoren seit dem Frühjahr 1922, die die Größe einer halben Erbse bis Bohne zeigen, von kugeliger Form, von bläulicher Farbe, ohne Pigment. Im Oktober 1922 wurde in der Chirurgischen Klinik eine Probeexzision gemacht, histologisch ein Spindelzellensarkom festgestellt und die Amputation empfohlen. Seit dieser Zeit sind aber noch keine Metastasen aufgetreten. Unna teilt die Sarkome in primäre solitäre, primäre multiple und sekundäre metastatische Sarkome. Histologisch fanden sich in diesem Fall außer den für das Spindelzellensarkom charakteristischen spindelförmigen Zellen, Rundzellen, myxomatöse, den Schaumzellen gleichende Zellen; daneben bestanden ausgedehnte kavernöse Räume (teleangiektatischer Charakter

Digitized by Google

der Geschwulst) und hämatogenes Pigment. Die elastischen Fasern in der Geschwulst waren zugrunde gegangen. Die Therapie mit interner Darreichung von Arsen und Koagulation mit Hochfrequenz war bisher wenig befriedigend, und H. wirft die Frage auf, ob von Röntgentherapie viel zu erwarten ist.

Buschke zieht Leukosarkomatosis cutis noch in differentialdiagnostische Erwägung und fragt, ob es sich nicht doch um ein Angiosarkom handeln könne.

Sieghеim erinnert an einen Fall von Angiosarkom, der nach Pil. asiaticae heilte.

Saalfeld empfiehlt Röntgentiefenbestrahlung.

Blumenthal weist darauf hin, daß auch nach Röntgenbestrahlung Rezidive zu erwarten sind.

Heller: Für ein Angiosarkom ist der Rundzellencharakter zu wenig ausgesprochen. Auf jeden Fall zeigt auch dieser Fall, daß er sich nicht in ein bestimmtes Schema zwängen läßt.

2. Ledermann gibt einen Rückblick auf die Dermatologie der letzten 50 Jahre mit besonderer Würdigung der Arbeiten O. Rosenthals.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Oktober 1922, Nr. 10.

Die isolierte Hyperalbuminose der Gehirnrückenmarksflüssigkeit bei Syphilitikern (L'hyperalbuminose isolée du L. C.-R. chez les syphilitiques), von Cestan und Riser-Toulouse. S. 465—474. Einleitend geben Verff. eine Aufzählung der zahlreichen Krankheiten, bei denen eine isolierte Hyperalbuminose beobachtet wird, z. B. bei akuten Meningitiden, meningealen Blutungen, Pachymeningitis, Hirntumoren usw. Bei der Syphilis (frisch oder alt) wird oft die isolierte Hyperalbuminose ohne annormale Lymphozytose und positiver WR beobachtet. Die isolierte Hyperalbuminose ist Folge eines ehemals meningealen Prozesses, der einst wenig in Erscheinung getreten schließlich fast ganz erloschen ist, zu betrachten. Hierfür scheinen folgende Argumente zu sprechen: 1. Die Reaktivierung der WR des Liquor cerebrospinalis bei Kranken, die vor der WR eine isolierte Hyperalbuminose zeigten. Diese bleibt, während die positive WR in der Mehrzahl der Fälle nur temporär ist. 2. Zeigen serienweis ausgeführte Lumbalpunktionen bei demselben Kranken, daß gewisse Syphilitiker mit sehr wechselnder WR nach Behandlung nur noch eine isolierte Hyperalbuminose darbieten. 3. Kann die isolierte Hyperalbuminose durch die spezifische Behandlung verschwinden.

Leprabehandlung mit Salzen seltener Erden (Traitement de la lèpre par les sels de terres rares), von Noël-Kamerun. S. 475—494. Verf. hat auf Grund der günstigen Ergebnisse, die bei Tuberkulose fast jeder Art mit den Salzen seltener Erden erzielt wurden, diese Behandlung bei der Lepra angewandt. Es handelt sich um die Salze des seltenen Zermetalles, das Neodym, Praseodym, Samarium und Lanthan. Eine Sulfatlösung der drei ersten wird unter dem Namen Pelospanines von dem Laboratorium Fournier hergestellt, während das Laboratorium von Robert und Carrière eine Lösung organischer Salze aller vier unter dem Namen Géodyl vertreibt. Diese beiden Präparate hat Verf. bei seinen Leprafällen benutzt, von denen ihm sieben zur Verfügung standen. Es handelte sich um 3 Männer, 2 Frauen und je einen Knaben und Mädchen; 2 Fälle zeigten die nervöse, 5 die knotige Form der Lepra. Die Erwachsenen erhielten 0,05—0,1 täglich einer 2%igen Lösung 20 Tage lang, dann trat eine Pause von 15—20 Tagen, danach bekamen die Kranken wieder eine Serie von Einspritzungen und so fort 6—8 Monate lang, so daß 6—7 Kuren durchgemacht wurden. Die Kinder erhielten täglich eine Dosis von 0,04 g. Im ganzen erhielten die Erwachsenen etwa 11 g, die Kinder 4,5 g der Salze. Verf. beobachtete nach dieser Behandlung bei 2 Kranken eine merkliche Besserung, in 4 Fällen blieb die Erkrankung stationär, in 1 Fall trat eine Verschlechterung ein.

Digitized by Google

Über die Rolle des sympathischen Systems in der Krankheitsentstehung einer großen Zahl von Dermatosen (Sur le rôle du système sympathique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses), von J. Golay-Genf. 2. Teil, S. 495—518. Verf. bespricht die Hauterscheinungen, die unter dem direkten Einfluß einer Funktionsstörung des Sympathikus stehen. Er zählt hierzu: die polymorphen, die knotigen, die roseartigen, die scharlachartigen Erytheme, ferner die Erythrodermien, die Fälle von Purpura, das Ekzem, den Herpes, die Gürtelrose, die Pemphigusarten und die Psoriasis. Für jede dieser Krankheitserscheinungen versucht Verf. den Nachweis ihres ursächlichen Zusammenhanges mit der Sympathikusfunktionsstörung zu erbringen. Zum Schluß fügt Verf. der Gruppe II noch die Nävi und die Recklinghausensche Krankheit wegen ihrer speziellen symptomatischen Entwicklungscharaktere hinzu und hält auch hierfür sympathische Einflüsse für nicht unwahrscheinlich.

November 1922, Nr. 11.

Richtlinien zur Behandlung und Prophylaxe der Syphilis (Réglementations diverses touchant le traitement et la prophylaxie de la syphilis), von F. Balzer. S. 545—549. Verf. hebt erstens die deutschen Richtlinien für die Anwendung der Salvarsanpräparate, aufgestellt vom Reichsgesundheitsamt, und zweitens das obligatorische ärztliche Ehezeugnis, wie es von der italienischen Gesellschaft für Dermatologie gefordert wird, hervor. Für ersteres erübrigt sich eine Besprechung, da es jedem deutschen Arzte bekannt sein dürfte. Das italienische Zeugnis verlangt Untersuchung des Ehekandidaten (nicht der Ehekandidatin). Es muß bei Vorlage auf dem Standesamt jüngeren Datums sein. Die Untersuchung, die merkwürdigerweise (D. Ref.!) nur gegen eine eventuelle Syphilis des Bewerbers gerichtet ist, geschieht durch zwei Ärzte, den Hausarzt und einen Facharzt für Geschlechtskrankheiten. Das Honorar zahlt der Ehekandidat oder das Bürgermeisteramt. Bei Vorhandensein von Syphilis bzw. bei Verdacht wird dem Kandidaten mündlich anheimgegeben, nach einer bestimmten Zeit sich wieder vorzustellen. Verf. bezweifelt die Durchführbarkeit solcher Bestimmungen wegen der Schwierigkeiten in praxi.

Toxische, pemphigusartige, exfoliierende Erythrodermie (Erythrodermie exfoliante pemphigoide toxique), von Ernest Paillet-Lüttich. S. 550—555. Verf. berichtet über einen Fall von toxischer, pemphigusartiger, exfoliativer Erythrodermie bei einem 8jähr. Knaben, der anfänglich wegen Psoriasis in Krankenhausbehandlung war. Er erhielt zunächst 1,44 g Sulfarsenol in subkutanen Einspritzungen 25 Tage lang, da man eine hereditäre Syphilis vermutete. Vom 10. Tage seines Krankenhausaufenthaltes erhielt er außerdem eine Salbe, bestehend aus 6 g Acid. salicyl., 50 g Ol. cadini und 50 g Salbengrundlage. Nach 16 Tagen Temperaturanstieg auf 38° abends. An den eingeriebenen Stellen intensive Rötung, Hitzegefühl und Verdickung der Haut. Nach Entfernung der Salbe Verschwinden sämtlicher Erscheinungen. Zwei Tage später wieder Anwendung der Salbe an Händen und Beinen. Es trat wieder Fieber auf. Trotz sofortigen Abbruches der Behandlung blieb das Fieber bestehen, und es stellten sich Hauterscheinungen vom Charakter der exfoliierenden Erythrodermie ein. Erst nach 46 Tagen schwersten Krankseins fiel die Temperatur kritisch ab, und die Erythrodermie bildete sich zurück. Eine etwa 4 Wochen später nochmals vorgenommene Einreibung ließ wieder Fieber bis 38° nebst Rötung der Haut an der eingeriebenen Stelle aufkommen. Damit ist bewiesen, daß im vorliegenden Falle das Ol. cadini als das schädliche Agens anzusprechen ist. Verf. ist der Meinung, daß es sich bei dem Knaben um eine spezielle Überempfindlichkeit gegen das Oleum cadini handelte.

Vulväre Lymphgefäßentzündung nach gonorrhoischer Harnröhrenentzündung bei einer Frau (Lymphite vulvaire consécutive à l'urétrite blennorrhagique d'une femme adulte), von M. Laborde. S. 556—558. Bericht über einen Fall dieser Art. Das Leiden ist recht selten.

Neurasthenie und Syphilis (Neurasthenie et syphilis), von R. Benon. S. 559 bis 565. Einleitend bemerkt Verf., daß der Begriff der Neurasthenie in bezug auf Syphilis in der Literatur große Verworrenheit zeigt und oft mit Hypochondrie, Phobien, Angstzuständen u. dgl. zusammengeworfen wird. Verf. versteht unter echter Neurasthenie die nervöse Erschöpfung oder allgemeine muskuläre und psychische Asthenie auf nervöser Basis. Was den Begriff der Neurasthenie verwirrt, ist oft die Verwechslung mit der normalen, physiologischen Asthenie bzw. der Asthenie, die für Psychosen und Delirien der Ausgangspunkt ist. Im Anschluß hieran berichtet Verf. über einen Fall von einfacher nervöser Erschöpfung bei einem syphilitischen Kranken. Er liefert damit einen

Digitized by Google

Beitrag zum Studium der Neurasthenie bei chronischer Syphilis. Das Interessante an dem Fall war, daß er differentialdiagnostisch zuerst Schwierigkeiten bot, indem an gewöhnliche Neurasthenie bei einem chronischen Syphilitiker gedacht werden mußte, ferner an Neurasthenie syphilitischen Ursprungs und schließlich an das neurasthenische Syndrom als Vorläufer der allgemeinen progressiven Paralyse.

Über die Rolle des sympathischen Systems in der Krankheitsentstehung einer großen Anzahl von Dermatosen (Sur le rôle du système sympathique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses), von J. Golay-Genf. S. 566—587. Im dritten Teil seiner Arbeit faßt Verf. die Hauterscheinungen zusammen, die unter dem Einfluß einer Sympathikusfunktionsstörung zusammen mit endokrinen Störungen stehen. Als Beispiele führt er auf: Sklerodermie, Ichthyosis, angeborene diffuse Hyperkeratose, Pigmentbildungen, Vitiligo, Hypertrichose, nichtparasitäre Alopezien, Hidrosis, Seborrhoe. Für jeden einzelnen dieser pathologischen Zustände, die er folgerichtig als Syndrom aufgefaßt wissen will, versucht er den Zusammenhang dieser Erscheinungen mit Störungen des Sympathikus darzulegen, kompliziert dieses Mal mit endokrinen Störungen. Er betont am Schluß seiner umfangreichen Arbeit, daß sie den Versuch einer allgemeinen Systematisation der Dermatosen darstellt, die mehr auf klinischen Eindrücken als auf konkreten Beweisen beruht. F. Quasig-Hamburg.

The Urologic and Cutaneous Review.

Oktober 1922, Bd. 26, Nr. 10.

Die Anschauungen des Fracastorius über den Ursprung der Syphilis (Fracastorius' Views on the Origin of Syphilis), von Honorable William R. Riddell.

Die Geschichte des Katheterismus (History of Catheterization), von Erich Ebstein-Leipzig. Kurze Übersicht über die Entwicklung und die an ihr beteiligten Personen.

Der Einfluß von Herdinfektionen auf die Entwicklung von Pseudosymptomen des Prostatismus (The Influence of Focal Infections in Developing Pseudo-Symptoms of Prostatism), von Granville MacGowan-Los Angeles, Cal. Beschreibung von 2 Fällen zur Illustrierung der Tatsache, daß beim Vorhandensein einer beträchtlich vergrößerten Prostata sich häufig Symptome von Blasenreizung und Harnröhrenverlegung finden, die jedoch nicht auf die vergrößerte Prostata, sondern auf eine temporäre Verstopfung einer oder mehrerer Gruppen von Azini infolge einer katarrhalischen Entzündung zu beziehen sind, die durch eine Infektion von entlegenen Herden bewirkt wird.

Pyogene Nierenerkrankungen (Pyogenic Kidneys), von John A. Hawkins-Pittsburgh, Pa. Betrachtungen über Pyelonephritis, Pyelitis, Pyonephrose und Hydronephrose.

Akute Gonorrhoea anterior und posterior (Acute Anteroposterior Gonorrheal Urethritis), von Walter D. Bieberach-Worcester, Mass. Erfahrungen der Staatlichen Klinik für Geschlechtskrankheiten in Worcester.

Wichtige Punkte bei der Untersuchung von Geschlechtskranken (Essentials in the Examination of a Genito-Urinary Patient), von William Cullen Briant-Pittsburgh, Pa. Für den Facharzt selbstverständliche Dinge, deren Kenntnis der Verf. beim Allgemeinpraktiker immer noch vermißt, besonders mit Rücksicht auf einen Fall von Ausfluß aus dem Präputialsack, der ohne weitere Untersuchung als Tripper behandelt worden war, während es sich um eine Sklerose mit reichlichem Spirochätenbefunde handelte.

November 1922, Bd. 26, Nr. 11.

Elektrolyse in der Dermatologie: Eine Umfrage bei internationalen Autoritäten (Electrolysis in Dermatology: A Symposium by International Authorities), von Noxon Toomey-St. Louis, Mo. Die zur Erinnerung an die vor 50 Jahren erfolgte erstmalige Anwendung der Elektrolyse zur Zerstörung des Haarbulbus gibt einen Überblick über das Instrumentarium, die zur Verwendung kommenden Stromquellen, das Verhältnis der Elektrolyse zur Röntgen- und Radiumbehandlung, die Anwendung und die Erfolge bei den verschiedenen Hautkrankheiten.

Homogene Röntgenstrahlen bei der Behandlung von 500 Fällen von Hypertrichosis (The Homogenous X-Ray in the Treatment of Five Hundred Cases of Hyper-

Digitized by Google

trichosis), von Albert C. Geyser-New York. Die Methode kann bei Anwendung der modernen Apparate als Methode der Wahl gelten, doch ist mit bei manchen Menschen vorhandener Hyper- oder Hyposensibilität zu rechnen.

Elektrolyse bei der Behandlung der Hypertrichosis und der behaarten Mäler (Electrolysis in the Treatment of Hypertrichosis and Hairy Moles), von Charles Mallory Williams-New York. Ungeeignet für die Behandlung sind die Fälle, in denen es sich um dichtstehende Haare handelt, unter denen keine die anderen deutlich an Länge übertreffen. Die Nadeln müssen eine rundliche Stütze haben, sehr fein, glatt und sauber sein. Die Stärke des Stromes ist nach der zur Lockerung der Haare erforderlichen Zeit zu bemessen, es sind stets eine Reihe von Haaren vor dem Ausziehen zu behandeln. Atrophie und Teleangiektasien werden nur sehr selten als Folge der Behandlung beobachtet. Die Haare der Nävi sind meist leicht zu entfernen, da es sich gewöhnlich um grobe Haare handelt, die Nävi selbst werden durch Einführen einer spitzen Nadel von mehreren Punkten der Peripherie aus zerstört. Größere Nävi sollten nach Elektrolyse der Haare mit Kohlensäureschnee oder chirurgisch entfernt werden, für weiche Nävi ist die Elektrolyse nicht geeignet, weil die Gefahr besteht, daß sie durch die Reizung maligne werden.

Behandlung von Hautkrankheiten mit Fulguration (Fulguration Treatment of Skin Diseases), von Curtis R. Day-Oklahoma City, Okla. Praktische Winke für geeignetes Instrumentarium, Anwendung der Methode und Auswahl der Fälle.

Ein neues Zysto-Urethroskop (A New Cysto-Urethroscope), von F. W. Oelze-Leipzig. Vgl. diese W., 1921, Nr. 37.

Das Phantom der chemischen gonokokkentötenden Mittel (The Chemical Gonococcocide Phantom), von Thomas M. Paul-St. Joseph, Mo. Die Übertragung der Ergebnisse von Laboratoriumsversuchen über die Abtötung von Gonokokken auf die Therapie führt zu ganz falschen Anschauungen. Eine Abtötung im lebenden Gewebe ist, sobald eine Ausbreitung stattgefunden hat, ausgeschlossen, man kann nur den in der Eiterproduktion sich zeigenden natürlichen Heilungsvorgang unterstützen.

Krebs des Penis (Carcinoma of the Penis), von Charles E. Slagle und A. E. Bennett-Alliance, Nebr. Epitheliom bei einem 29jähr. Manne, angeblich im Anschluß an ein Trauma aufgetreten; von Bedeutung für die Entstehung ist vielleicht eine nach Phimosenspaltung zurückgebliebene Narbe. Zunächst mit Rücksicht auf positive WR eingeleitete Salvarsanbehandlung blieb ohne Erfolg und bestätigte die schon vorher mikroskopisch gestellte Diagnose. Amputation in der Mitte des Penis, Exstirpation der Drüsen.

E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Suggestion und Hypnose, ihr Wesen, ihre Wirkungen und ihre Bedeutung als Heilmittel (Ärztliche Beratung für Ergänzung der Sprechstunde Nr. 6), von Sopp-Frankfurt a. M. (Verlag Kabitzsch, Leipzig 1922.) Das Büchlein erschien 1922 in 3. Auflage. Es behandelt in flüssiger und leicht faßlicher Darstellung aus berufenem Munde das, was für den Laien auf diesem Gebiete wissenswert erscheint. Sein Hauptvorzug ist, daß es das Wissenschaftliche scharf umgrenzt und das Unwissenschaftliche, Geheimnisvolle, auf Täuschung des Publikums Berechnete, das heute ja so oft mit dem therapeutisch Wertvollen auf diesem Gebiete zusammengeworfen wird, energisch abweist.

F. Hirsch-Ulm.

Vaksinetherapie und Proteinkörpertherapie. Ihre theoretischen Grundlagen und ihre praktische Bedeutung bei der Behandlung von Staphylokokkenerkrankungen, venerischen Bubonen und gonorrhoischen Affektionen, von Franz Matthias-Berlin-Charlottenburg. (Verlag der Ärztlichen Rundschau, Otto Gmelin, München 1923.) In übersichtlicher und klar faßlicher Form werden die Vakzine- und Proteinkörpertherapie und die Grundlagen, auf denen sich diese Therapie aufbaut, behandelt. Da es sich um ein Gebiet handelt, daß einem großen Teil der Ärzte doch noch nicht so ganz in Fleisch und Blut übergegangen ist, muß man dem Verf. Dank dafür wissen, daß er Gelegenheit gibt, sich schnell über die wissenschaftliche Seite der Frage und an der Hand der innerhalb der beiden besprochenen Behandlungsarten für die einzelnen Krankheiten gegebenen speziellen zum Teil eigenen Erfahrungen und Anweisungen auch über den im gegebenen Falle einzuschlagenden Weg schnell zu orientieren. Obwohl man sich

Digitized by Google

dem Eindrucke nicht verschließen kann, daß dem Verf. die Vakzinetherapie mehr am Herzen liegt, sucht er doch der Proteinkörpertherapie auch gerecht zu werden und gibt selbst zu, daß auch bei der spezifischen Vakzinetherapie die unspezifische Eiweißwirkung eine große Rolle spielt. Dem Wunsche, daß die Schrift dazu dienen möge, den besprochenen Behandlungsmethoden eine immer weitere Verbreitung und ausgedehntere Verwendung zu verschaffen, schließen wir uns an. E. Levin-Berlin.

Leitfaden der Pflege bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, mit einem Anhang: Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Oppenheim-Wien. (Verlag Deuticke, Leipzig und Wien 1922.) O. gibt dieses Büchlein dem männlichen und weiblichen Pflegepersonal zwecks Orientierung auf dem großen Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten mit auf den Weg; es stellt den Inhalt von Vorlesungen an der Krankenpflegeschule in Wien dar. In gedrängter Kürze, aber trotzdem gut faßlich, bietet es dem Krankenpflegepersonal eine Menge von Wissenswertem über die Krankheiten selbst, vor allem aber über ihre Behandlung und Pflege und erscheint deshalb für den erwünschten Zweck als außerordentlich geeignet. Besonders seien noch die präzisen und wichtigen Hinweise aus dem Gebiete der Prophylaxe der venerischen Erkrankungen hervorgehoben. F. Hirsch-Ulm.

Mitteilungen aus der Literatur.

Tuberkulose.

Die Selbstheilung des Skrofuloderma und tuberkulöse Immunstoffe, von A. Jesionek-Gießen. (M. m. W., 1921, Nr. 47, S. 1509—1514.) Die spontane Heilungstendenz tuberkulöser Krankheitsherde ist nirgends so deutlich wie beim Skrofuloderma. Die Selbstheilung dieser Herde beruht auf chemischen Stoffen, die innerhalb des Krankheitsherdes entstehen. Die Ektotoxine der Tuberkelbazillen gehen mit dem Granulationsgewebe, insonderheit mit den neugebildeten embryonalen Bindegewebszellen eine chemische Reaktion ein, deren Endprodukte flüssige, resorbierbare Stoffe bilden. Diese verhalten sich gegen die die Krankheit bedingenden und unterhaltenden Ektotoxine chemisch refraktär. Vom Entstehungsort diffundieren sie in die gesunde Nachbarschaft und werden hier von den Bindegewebszellen mit der Ernährungsflüssigkeit aufgenommen, berauben das gesunde Gewebe seiner Reaktionsfähigkeit für das Ektotoxin und induzieren den absorbierenden Zellen ihre eigene Eigenschaft der chemischen Indifferenz gegen das Ektotoxin. Die der Peripherie des Krankheitsherdes anliegenden Zellen werden größere Mengen dieser Refraktärstoffe in sich aufnehmen und eine absolute Immunität gewinnen, während die entfernter gelegenen Zellen nur eine geringere Menge von Immunstoffen aufzunehmen in die Lage kommen und nur eine verschieden starke relative Immunität gewinnen. Trotz der Heilungsvorgänge an der Peripherie des Herdes gehen die Bazillen im Zentrum erst zugrunde, wenn die letzten neugebildeten Zellen und die letzten Reste des Granulationsgewebes vollkommen aufgelöst und die verflüssigten Massen durch Diffusion in das gesunde Gewebe verschwunden sind. Dann finden die noch lebenden Bazillen keine Nahrung mehr. Wo nun infolge des Absterbens Endotoxine freiwerden, macht sich noch eine kurze Zeit lang die pathogene Fähigkeit des Endotoxins bemerkbar. Erst nach Abklingen der durch das Endotoxin verursachten Entzündungserscheinungen ist der Krankheitsprozeß endgültig erloschen. G. Assmann-Kiel.

Die Behandlung der Hauttuberkulose, von G. A. Rost-Freiburg i. Breisgau. (Strahlenther., Bd. 13, H. 3.) Behandlung der Hauttuberkulose ausschließlich durch Strahlen. Neben lokaler auch allgemeine Behandlung des Gesamtorganismus durch Ernährungstherapie (Fettzufuhr) und ultraviolette Bestrahlungen, dabei genaue Ausdosierung hinsichtlich Intensität und biologischer Wirkung. Keine Blasenbildung, sondern Hauterytheme sind zu erstreben. Unterwertig sind die Konstitutionen, die nur Pigment erzeugen, ein Zeichen für Neigung oder Vorhandensein von Organtuberkulose. Die Reaktionsfähigkeit der Haut ist der Indikator für die Fähigkeit des Organismus zur Schutzstoffbildung. Provokatorische Fernwirkung am Krankheitsherde als Herdreaktion zu erkennen. Pigmentierung ist unerwünscht; das Wesentliche ist das Auftreten des Erythems. Neben der Allgemeinbestrahlung laufen Lokalbehandlungen mit ultravioletten oder Röntgenstrahlen. (Kromayer-Quarzlampe, Uviolfilter von 2—3 mm Dicke. Blasenbildung soll erzielt werden.) Bei Röntgentherapie keine hohen Dosen. Es folgt ein spezifizierter Behandlungsplan für einzelne Hauttuberkuloseformen. G. W. Unna-Hamburg.

Digitized by Google

Praktische Erfahrungen in der Behandlung der Tuberkulose durch Sonne und kombinierte Heilmethoden, von K. Klare, Kinderheilstätte Scheidegg. (Strahlenther., Bd. 13, H. 3). Sonnenlichtbehandlung angezeigt bei nicht fieberhafter Tuberkulose. Niemals Schädigung, keine Hämoptysen, Besserung des Allgemeinbefindens und des Lungenbefundes. Behandlungsplan: Individuelle Dosierung, acht bis zehn Tage Freiluftbehandlung im Zimmer, darauf dreimal fünf Minuten Füße bestrahlen, dann einen Tag dreimal zehn Minuten Bestrahlung der Unterschenkel usw. bis zum zwölften Tag, darauf Gesamtbestrahlung von beliebiger Dauer. Mit fortschreitender Heilung verkürzte Lokalbehandlung. Wesentlicher Faktor ist Höhenklima. Beeinflussung des Hämoglobins und der roten Blutkörperchen, Einschmelzung des nicht lebensfähigen Gewebes mit folgender Narbenbildung. Kombination mit Sonnenbestrahlung, Bierscher Stauung und aktiver Immunisierung nach Deyke-Much bei Tuberkulose der Extremitäten und bei chirurgischer Tuberkulose, mit Pyrogallolsalben und Kupferdermasan bei Hauttuberkulose.
G. W. Unna-Hamburg.

Zur Sonnenbehandlung der Tuberkulose, von Wittek-Graz. (Strahlenther., Bd. 14, S. 1—14.) Propagandaschrift zur Einführung der Heliotherapie in den Städten und zur Schaffung von Höhensanatorien. Seit 1920 besteht die Sonnenheilstätte „Stolzalpe" bei Murau in Steiermark, 1200 m ü. M. G. W. Unna-Hamburg.

Folgezustände der Röntgenbehandlung bei Lupus vulgaris, von St. Rothmann-Gießen. (Strahlenther., Bd. 13, H. 2, S. 325—332.) Eine sehr ausdrucksvolle, kurz gehaltene Arbeit, eine Warnung vor der Anwendung der Röntgentherapie des Lupus der äußeren Haut. Der kosmetische Mißerfolg, die therapeutische Unbeeinflußbarkeit der Rezidive, die große Gefahr des Karzinoms verschlechtern die Prognose der röntgenvorbehandelten Fälle in einem Grade, wie sie dem natürlichen Lupusverlaufe nicht eigentümlich ist. G. W. Unna-Hamburg.

Über die Röntgenbehandlung tuberkulöser Erkrankungen im Bereiche der oberen Luftwege (Schleimhautlupus und Kehlkopftuberkulose), von L. Kleinschmidt-Essen. (Strahlenther., Bd. 13, S. 315—324.) Bericht über günstige Erfolge der Röntgentherapie bei Schleimhauttuberkulose des Naseninneren, der Mundhöhle und des Kehlkopfes mit mittleren Dosen. 10 X in 6maliger 14tägiger Wiederholung. (Literatur.)
G. W. Unna-Hamburg.

Über die Behandlung der Larynxtuberkulose mit Finsenbädern, von Ove Strandberg-Kopenhagen. (D. m. W., 1922, Nr. 28, S. 935—936.) Die bisherigen Resultate ergeben, daß Finsenbäder in Verbindung mit geeigneter Lokalbehandlung guten Einfluß auf Larynxtuberkulose ausüben. F. Harry-Berlin.

Über die Schädigungen nach Sonnenbestrahlung bei Lungentuberkulose, von Ed. Kock, Lungensanatorium St. Blasien. (Strahlenther., Bd. 13, H. 1, S. 134—144.) Die günstigen Erfolge mit Bestrahlungen mit natürlicher oder künstlicher Höhensonne hat man bei Lungentuberkulose nicht in gleicher Weise wie bei chirurgischer. Progrediente, exsudative, destruierende Fälle sind auszuschließen. Auch andere Fälle sind nur bei vorsichtiger, unter steter Kontrolle zu behaltender Dosierung und Gewöhnung günstig zu beeinflussen. G. W. Unna-Hamburg.

Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Chlornatriumbrei, von H. Martenstein, Univ.-Hautklinik Breslau. (Strahlenther., Bd. 13, H. 1, S. 148—162.) Angeregt durch die Mitteilung eines Laien behandelt M. 51 Tuberkuloderme mit feinkörnigem Kochsalzbrei, der $^1/_2$ cm dick auf die Haut bis 1 cm ins Gesunde mit Mullagen appliziert wird. Durch Salizylvorbehandlung werden die krustösen und die squamösen Formen erst vorbereitet, in refraktären Fällen mit Kantharidenpflaster oder Kupferdermasan. Die nachfolgende 14—7tägige Behandlung einerseits unter Billrotbattist, andererseits ohne denselben, führt zu dem histologisch kontrollierten Resultat, daß die nicht mit Billrotdecke behandelten Fälle schneller nekrotisierend beeinflußt wurden. Der Nachteil der Methode besteht in der dem Pyrogallolschmerz gleichkommenden Allgesie, die wirksam mit Anästhesinpudervorbehandlung unterdrückt werden kann. Nebenher wurde Pantopon gegeben. Keloide, die häufiger nach überstürzter Granulationsbildung bei der Abheilung unter 10% Kochsalzlösung auftrat, wurde in der Folgezeit durch Verzögerung der Vernarbung durch absteigende Pyrogalloleinwirkung 8—2% verhindert. Die Vorteile der Methode gegenüber der sonst in B. geübten Pyrogalloltherapie besteht in der Billigkeit, Ungiftigkeit und Zeitersparnis, weil große Flächen zugleich behandelt werden können. G. W. Unna-Hamburg.

Über die Wirkung des Trypaflavins bei der Tuberkulose der Haut, von J. Schweig. (M. Kl., 1922, Nr. 15, S. 470—471.) Das Trypaflavin hat sich bei der

Digitized by Google

Hauttuberkulose nicht bewährt. Seine angeblichen bindegewebsmobilisierenden Eigenschaften sind in keinem Falle in größerem Maße zutage getreten. Die Bindegewebsneubildung ist als Folge der durch das Mittel hervorgerufenen Entzündung anzusehen. Die verhältnismäßig vielen Nekrosen haben zu entstellenden, durch die Strahlenbehandlung zu vermeiden gewesenen Narben geführt. G. Heymann-Elbing.

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Zur Frage der syphilitischen Reinfektion, von Stein. (Klinitscheskaja Medicina, 1922, Nr. 1, S. 14.) Verf. schildert 3 Fälle von Reinfektion aus der syphilidologischen Klinik der Militär-Medizinischen Akademie in Petersburg (Leiter Prof. T. Pawlow), welche folgenden Forderungen entsprachen: 1. Nachweis der 1. Infektion nicht nur durch den harten Schanker, sondern auch durch Lymphdrüsenschwellung und sekundäre Erscheinungen; 2. unzweifelhafter harter Schanker bei der 2. Infektion; 3. nachfolgende, luetische Lymphdrüsenschwellung; 4. sekundäre (allgemeine) Erscheinungen, bestätigt vom Spezialisten. In dem 1. Fall lag zwischen der 1. und 2. Infektion ein Zeitraum von $2^1/_6$ Jahren, im zweiten von 2 Jahren und 7 Monaten, wobei noch Reste der tertiären Erscheinungen (Narben im Rachen) vorhanden waren und im 3. Falle fand die 1. Infektion im Jahre 1913, die 2. im Jahre 1918 statt. In dem 1. Fall saß die 1. Infektion auf der Lippe, die 2. im inneren Präputialblatt, im 2. Fall die 1. auf dem Gliede, die 2. auf der Unterlippe und im 3. Fall die 1. im Sulcus coronarius, die 2. am Frenulum. Hierzu werden noch zwei weitere Beobachtungen gefügt, welche den Eindruck von Reinfektion machten, aber den oben genannten Forderungen nicht völlig entsprachen und dadurch zweifelhafte sind. A. Jordan-Moskau.

Zwei Fälle von syphilitischer Reinfektion (Deux cas de réinfektion syphilitique), von G. Cornaz-Lausanne. (Rev. Suisse rom., 1922, Nr. 7, S. 453—454.) Beim ersten Fall Reinfektion 10 Jahre nach der ersten Infektion. Sitz des zweiten Schankers an einer anderen Stelle als der des ersten, mit massenhaft Spirochäten. WR negativ; erst im Laufe der Behandlung Umschlag in positive Reaktion. Beim zweiten Fall wurde die Diagnose des ersten Schankers durch Nachweis von Spirochäten gesichert und die Behandlung so frühzeitig und energisch eingeleitet, daß die WR negativ blieb. Zweiundzwanzig Monate darauf weist die Kranke, die sich durch ihren syphilitischen Gatten infizierte, eine typische Roseola und Reste eines zweiten Schankers auf, der ebenfalls an einer anderen Stelle saß. H. Soltmann-Leipzig.

Drei Fälle von extragenitaler Lues, von E. Schardon-Nürnberg. (M. m. W., 1922, Nr. 20, S. 748.) In allen 3 Fällen war von den vorher behandelnden Ärzten die Diagnose zu rechter Zeit nicht gestellt worden. A. v. Notthafft-München.

Lues degenerativa maligna acuta, von Alfred Pfeiffer-Breslau. (D. Arch. f. kl. Med., 1922, Bd. 139, H. 3 u. 4, S. 245—251.) Es werden 3 Fälle (mit Ausgang in Exitus) von plötzlich einsetzender degenerativer Erkrankung der Leber, der Nieren und des Rückenmarks geschildert. Prozesse in den einzelnen Organen sind unabhängig voneinander entstanden, aber auf die gleiche Noxe zurückzuführen. Am schwersten sind die Erscheinungen von seiten der Leber, klinisch gleich dem Bild der akuten gelben Leberatrophie: schwerer Ikterus, zunehmende Störung des Sensoriums, negative Stickstoffbilanz als Ausdruck des gesteigerten toxischen Eiweißzerfalles, hoher RN-Gehalt des Blutes und der Leber. Epitheliale Nephropathien. Ausgesprochen tabische Erscheinungen oder bloß Herabsetzung der Haut- und Blasensensibilität; charakteristischer Pupillenbefund; bei Sektion Degenerationsherde und Faserausfall in Hintersträngen, z. T. in Pyramidenvorderbahnen und Kleinhirnseitensträngen. Das bisher in dieser Kombination auf luetischer Grundlage und akut einsetzende, charakterisierte und unbekannte Krankheitsbild scheint durch obige Bezeichnung erschöpfend gekennzeichnet.
H. Soltmann-Leipzig.

Ein Beitrag zur klinischen Frühdiagnose der Syphilis, von Herbert Colman. (M. Kl., 1922, Nr. 14, S. 437.) Beschreibung eines klinisch sicheren Falles von Lippensklerose ohne Spirochätenbefund und positive Seroreaktion bei Beginn der Behandlung. Erst während der Behandlung sicherte die positive Seroreaktion die Diagnose.
G. Heymann-Elbing.

Zur Frage des Einflusses toxischer Exantheme auf den Ablauf der Syphilis, von L. Kleinschmidt-Essen. (D. m. W., 1922, Nr. 29, S. 981—982.) Ein günstiger Einfluß toxischer Exantheme auf den Ablauf der Syphilis konnte nicht beobachtet wer-

Digitized by Google

den. Unter 19 Fällen mit schweren toxischen Exanthemen blieb bei 10 Fällen die WR positiv. Die übrigen 9 Fälle verdanken der vorangegangenen Salvarsan-Hg-Behandlung die negative Serumreaktion. F. Harry-Berlin.

Knochenbildung am Gerüst der Nase, mit fast völligem Verschluß der Nasenhöhlen als Spätfolge der Lues, von Eugen Hopmann-Köln. (Schw. m. W., 1922, Nr. 21.) Behinderte Nasenatmung infolge außerordentlich starker Verdickung der knöchernen Wände der Nase. Sie wird auf syphilitische Periostitis bezogen; vor 30 Jahren Schmierkur, WR ++++, KJ und Hydrarg. bijodat. ohne wesentlichen Erfolg. Operative Behandlung. E. Levin-Berlin.

Syphilis und Diabetes (Syphilis et diabète), von Ch. Pfeiffer-Dijon. (Progr. m., 1922, Nr. 32.) Die syphilitische Ätiologie eines Teiles der Diabetesfälle, wie überhaupt der sogenannten Stoffwechselerkrankungen wird für sicher gehalten. In zwei näher beschriebenen Fällen von Diabetes war der günstige Einfluß einer spezifischen Behandlung unverkennbar. E. Levin-Berlin.

Über einen Fall von Pseudoleukämie syphilitischen Ursprungs (Sur un cas d'adénie d'origine syphilitique). von J. Golay-Genf. (Rev. Suisse rom., 1922, Nr. 5, S. 296-298.) Eine Russin von 37 Jahren mit multiplen, harten, verschieblichen Drüsenschwellungen von Pflaumen- bis Hühnereigröße auf der rechten Halsseite, vom Processus mastoideus bis zum Manubrium sterni reichend, suchte die dermatologische Klinik auf, nachdem sie vorher unter unbekannter Diagnose 12 Wochen ohne Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt worden war. Das Blutbild war normal. Es wurde die Diagnose Pseudoleukämie oder Hodgkinsche Krankheit gestellt, aber doch an die Möglichkeit einer Syphilis gedacht. Die WR fiel stark positiv aus. Eine alsbald eingeleitete Salvarsan-Novasurol-Kur brachte weitgehende Rückbildung und Besserung. Auch mit Lymphadenomen und Lymphosarkomen können Verwechslungen vorkommen. Stets ist bei Drüsenschwellungen an Syphilis zu denken und durch die WR eventuell sicher zu stellen.
H. Soltmann-Leipzig.

Über luetische Erkrankungen im viszeralen Nervensystem mit Ulkusbildung im Magen und Duodenum, von G. Holler-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 26, S. 1120 bis 1123.) Verf. vertritt die Anschauung Bergmanns von dem Einfluß der Nervenerkrankung (bes. des Vagus) auf die Ulkusentstehung. Im vegetativen (viszeralen) Nervensystem kann es durch endogene und exogene Noxen zur Tonusvermehrung (Motilitätsstörungen, Spasmen, Hypersekretion und Hyperazidität) und damit Ulkusbildung kommen. Das Kontingent endogen bedingter Fälle (innersekretorische Anomalien, Thyreotoxikosen, Chlorose) ist prozentual gering gegen die Einwirkung exogener, neuropathogener Infektionen (Lues, Grippe). Bei gastrischen Krisen kann es durch spasmodische Anämie zur Nekrose der Magenwand und damit zu echter Ulkusbildung kommen. Verf. erwähnt 3 Fälle mit Ulkusbeschwerden und diagnostiziertem Ulkus (WR +), die sich nach Mirion-Salvarsanbehandlung prompt besserten. Warnung vor zu frühzeitiger Operation. Hervorgehoben wird die hervorragende Eignung des Mirions zur Behandlung luetischer Vaguserkrankungen. H. Soltmann-Leipzig.

Beitrag zur Kenntnis der erworbenen Syphilis des Dünndarms, von R. Schmidt-Hamburg. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 126, H. 1.) Die bisherige Literatur über dieses Thema ist sehr spärlich. Bei einem früh gealterten, hochgradig kachektischem Manne, der alle Speisen erbricht, in letzter Zeit an Durchfällen leidet, findet sich in der Oberbauchgegend ein harter derber Tumor, der die Diagnose Karzinom ermöglicht und zur Operation führt. Dieselbe ergibt bei intaktem Magen ein hartes Gebilde, das mit dem Darm in Zusammenhang steht und dem unteren Teil des Duodenums angehört. Peritonitis. Exitus. Mikroskopische Untersuchung ergibt tertiäre Syphilis des unteren Duodenums. Eine solche Diagnose intra vitam ohne feste Anhaltspunkte ist jedenfalls sehr schwierig. Alle Fälle, die zur Stenose geführt haben, bedürfen unbedingt des chirurgischen Eingriffs. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über einen Fall von Hepatitis syphilitica (Sopra un caso di epatite sifilitica), von V. Francesco. (Policlinico, 1922, Nr. 32.) Ausführliche Mitteilung eines Falles von Lebersyphilis bei einem Soldaten. Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß die Diagnose ungemein schwer zu stellen war, da weder anamnestisch noch objektiv Anhaltspunkte für Lues vorlagen und da namentlich die Oberfläche der sehr stark vergrößerten Leber vollständig glatt war. Erst die positiv ausgefallene WR und die prompte Heilung des Kranken durch ausschließliche antiluetische (Salvarsan-Hg-) Behandlung ließen die Diagnose mit Sicherheit stellen. E. Freund-Triest.

Digitized by Google

15 Jahre lang unerkannt bestehende Lungensyphilis, von CARL WINKLER-Nauheim. (M. m. W.. 1922, Nr. 18, S. 667.) A. v. Notthafft-München.

Syphilis und Metrorrhagien (La syphilis et les métrorrhagies), von DALCHÉ. (Progr. méd., 1922, Nr. 31.) Die Blutungen können bewirkt werden auf dem Wege über die endokrinen Drüsen oder die Ovarien; es kann sich auch um Störungen auf Grund von Lues congenita handeln. E. Levin-Berlin.

Über frühsyphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems, von G. L. DREYFUS-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1922, Nr. 26, S. 860—866.) Erwiderung auf die Ausführungen WEIGELDTS in Nr. 25. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen unbehandelten und vorbehandelten nervenkranken Frühsyphilitikern. Unter ersteren finden sich nie normaler Liquor und nervöse Ausfallerscheinungen, bei ungenügend behandelten dagegen so gut wie immer schwere Liquorveränderungen. Aus den Liquorveränderungen in der Spätlatenz ohne Nervensymptome darf man Schlüsse auf spätere Neurolues ziehen. Zur Behandlung frühsyphilitischer Erkrankungen des Gehirns sind 4—6 Kuren in sechs- bis achtwöchentlichen Intervallen mit großen Salvarsandosen (8—10 g) kombiniert mit Hg, nach Abschluß der Kuren nach $^1/_2$—1 Jahr Jod (etwa 100 g), erforderlich. Liquorkontrolle 3—5 Jahre lang. F. Harry-Berlin.

Ein Fall von aktiven sekundärsyphilitischen Erscheinungen bei einem Paralytiker, von MESCHTSCHERSKI. (Klinitscheskaja Medicina, 1922, Nr. 2, S. 22.) Verf. sah bei einem 32jähr. Bankbeamten im ersten Jahr der Erkrankung an progressiver Paralyse und im 7. Jahr nach der syphilitischen Infektion typische, opaline Papeln auf der Mundschleimhaut, Unterlippe und Zungenrand. A. Jordan-Moskau.

Die Pathogenese der Metasyphilis, von W. GENNERICH. (M. m. W., 1922, Nr. 25, S. 922.) Die Ursache der Metasyphilis ist die Behandlung der Lues. Unbehandelte Menschen (Naturvölker, Orient, einfachere Volkskreise des Westens) erhalten keine Tabes und Paralyse. Das Salvarsan hat noch schlimmer gewirkt als das Quecksilber. Infolge Behandlung der Infektionsquelle ist ein schwachvirulenter Erreger übertragen worden. Dieser ruft keine richtige Allergie des Organismus hervor. Es bleibt bei der Ausbildung der sekundären Lues, ohne Weiterführung zur tertiären. Die sekundäre Lues befällt aber die Meningen. Aber der Syphilitiker wird auch dadurch gefährdet, daß seine eigene Krankheit (ungenügend) mit Quecksilber oder Salvarsan behandelt wird. Damit wird nur die Allergie des Körpers in eine Anergie umgewandelt und die an den schwer zugänglichen Stellen (das sind die Meningen) zurückbleibenden Spirochäten können ungestört die chronische Meningitis erzeugen. Die Folge dieser chronischen Meningitis ist eine allmähliche Zerstörung der weichen Hirnhaut, Durchbruch des Liquors und Auffaserung von Gehirn- und Rückenmarksmasse; jetzt können die Spirochäten hier Wurzel fassen.
A. v. Notthafft-München.

Erworbene Syphilis bei Kindern (La syphilis acquise chez les enfants), von H. GRENET. (Progr. méd., 1922, Nr. 38.) Im allgemeinen bietet die erworbene Syphilis bei Kindern keine Besonderheiten gegenüber der bei Erwachsenen. Hervorzuheben ist ihre außerordentliche Häufigkeit bei den Eingeborenen Nord-Afrikas infolge des engen familiären Zusammenlebens und der Päderastie. In Europa ist das Vorkommen geringer, doch sind die häufigen extragenitalen Infektionen beachtenswert. Von Bedeutung ist auch die Prostitution der Jugendlichen. Als Besonderheit in der Erscheinungsform ist das Auftreten dystrophischer Störungen bei noch in der Entwicklung begriffenen Kindern zu bemerken. E. Levin-Berlin.

Über Lues congenitalis, von GUSTAV STÜMPKE-Hannover. (M. m. W., 1922, Nr. 15, S. 551.) Im Zeitraum von 1918—1921 wurden im Vergleich zum Zeitraum 1918—1919 ins dermatologische Krankenhaus II zu Hannover nur die Hälfte an Erbsyphilis leidender Kinder eingeliefert. Die Todesfälle sind von 53 auf 60,5%, die Todesfälle im 1. Lebensjahre von 85 auf 90% gestiegen. Ein Drittel der Kinder ging unmittelbar an der Syphilis zugrunde. Die Behandlung bestand in einmal wöchentlich 0,02—0,03 Neosalvarsan, über 1 Jahr 0,05 intramuskulär und täglich $^1/_4$—$^1/_2$ g Unguent. cinereum oder 1—2mal wöchentlich intraglutäal 1—2 mg Sublimat durch 12 Wochen. Nach $^1/_4$ Jahr nächste Kur, wenn möglich bis zum 3. und 4. Jahr 5—6 Kuren.
A. v. Notthafft-München.

Beiträge zur Klinik der Lues congenita, von E. STRANSKY und E. SCHILLER-Wien. (M. Kl., 1922, Nr. 1, S. 11.) Mitteilung eines sehr beachtenswerten Falles: Ein 27 Tage nach der Geburt aufgenommener Knabe zeigt zahlreiche Eiterblasen (Pemphigus lueticus) im Gesicht, Rötung und Schuppung an den Fußsohlen, Paronychia luetica an Zehen und Fingern, starken Schnupfen und eitrigen Ausfluß aus der Nase.

Digitized by Google

Vater 14 Jahre zuvor infiziert, energisch behandelt, vor der Heirat wiederholt wassermann-negativ befunden; Mutter ohne irgend welche luetischen Erscheinungen. Auch jetzt WR bei Eltern negativ, beim Kinde +++. Auf Schmierkur Besserung der Hautläsionen. Am 9. Tage der Krankenhausbehandlung Krämpfe. Lumbalpunktat zeigt positiven Nonne-Apelt, Pandy- und Eiweißreaktionen. Besserung auf intravenöse Neosalvarsanbehandlung. Auftreibung der Diaphysenenden der Armknochen, Osteochondritis (auch an den Beinen). Am 37. Tage der Beobachtung Exitus nach vorherigem öfteren Erbrechen, Benommenheit, Durchfällen. Sektion: Im Gehirn rechts im Bereich des Parietallappens bis zum Temporallappen und anderen Partien des Stirnlappens reichend eine große Zyste. Periostitis ossificans des rechten Oberschenkels und Vorderarms. Atrophierender Katarrh des Magens. Es ist also anzunehmen, daß eine Leptomeningitis bestand, welche zu einer Gehirnblutung und Zystenbildung führte. Ferner berichten Verff. kürzer über einen zweiten Fall von schwerer, in wenigen Wochen letal verlaufender kongenitaler Lues bei negativer WR der Eltern. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Syphilitische Peritonitis bei Neugeborenen (Péritonites syphilitiques chez des nouveau-nés), von Péhu und Bonafé. (Soc. méd. des Hôp. de Lyon. Sitzung vom 14. Februar 1922. Lyon méd., 1922, Bd. 131, Nr. 11.) In zwei Fällen waren klinische Zeichen der Peritonitis nicht vorhanden gewesen, diese hatte anscheinend ihren Ausgang von Entzündungen in der Umgebung der Eingeweide, besonders der Leber und der Milz genommen. Bei dem dritten Kinde war die Diagnose der Peritonitis schon bei Lebzeiten zu stellen; bei der Autopsie zeigten sich diffuse Veränderungen ohne besonders ausgesprochene periviszerale Entzündung. E. Levin-Berlin.

Die späte Syphilis hereditaria des Erwachsenen (La syphilis héréditaire tardive de l'adulte), von Ch. Du Bois-Genf. (Revue Méd. de la Suisse romande, 1922, Nr. 4, S. 219—230.) Die spät eintretende Erbsyphilis ist häufiger als man denkt. Sie erscheint in jeder Periode des Lebens, ohne notwendig von als klassisch angesehenen Stigmata begleitet zu werden. Die Gesundheit kann vollkommen sein bis zu dem Augenblick des plötzlichen Auftretens der Manifestationen, welche im allgemeinen die vorgeschrittene Syphilis nachahmen, ohne immer leicht zu erkennen zu sein. Die Blutreaktion ist meist negativ. H. Soltmann-Leipzig.

c. *Atiologie.*

Reinkulturen der Spirochaeta pallida in festem und flüssigem Nährboden, sowie Übertragung dieser Kultur auf Tiere, von A. v. Wassermann und M. Ficker-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 22, S. 1101.) Verff. teilen mit, daß es ihnen in mehrjähriger Arbeit gelungen ist, aus 80—90 Primäraffekten 7 Reinkulturstämme zu erzielen. Mit einer dieser Kulturen (B 36) war es möglich, typische Syphilis am Kaninchen zu erzielen und diesen Stamm von Tier zu Tier weiterzuimpfen. Ficker gelang es des weiteren, diesen Kaninchenstamm aus dem Kaninchen in Reinkulturen darzustellen. Zu den Versuchen wurden flüssige und halbflüssige Nährböden benutzt. Näheren Aufschluß über die Toxinbildung der Spirochäte in den Kulturen zu erhalten, gelang den Verff. nicht. Verff. stellen des weiteren Betrachtungen über eine Kombination einer evtl. Vakzinebehandlung mit einer Salvarsankur an, worüber Näheres mitzuteilen noch verfrüht wäre. E. Langer-Berlin.

Morphologische Verschiedenheiten bei Spirochaeta pallida, von W. Oelze-Leipzig. (Kl. W., 1922, Nr. 24, S. 1211.) Verf. teilt einige Meßresultate bei Spirochaeta pallida mit, womit er sich in seinem neu erschienenen lesenswerten Buche eingehender beschäftigt hat. Es besteht ein wesentlicher Längenunterschied zwischen Spirochäten bei Lues I und II; ebenso sind diejenigen bei Lues II auch windungsreicher. Die nicht pathogene Mundspirochäte ergibt der Pallida gegenüber wiederum andere Resultate. E. Langer-Berlin.

Färbungsversuche an Syphilisspirochäten mit Hilfe von Neosalvarsan, von Walther Krantz-Köln. (M. m. W., 1922, Nr. 16, S. 586.) Empfehlung 1‰iger Neosalvarsanlösung, der Lugolbehandlung praktisch vorausgeschickt wird. Dann folgt Versilberung oder Methylenblaufärbung. Angeblich sehr schöne Bilder. Näheres im Original! A. v. Notthafft-München.

Über einige anatomische Veränderungen bei experimenteller Kaninchensyphilis, von F. Plaut, P. Mulzer und K. Neubürger, Deutsche Forsch.-Anstalt für Psych., München. (M. m. W., 1922, Nr. 14, S. 498.) Die (nicht hochgradige, diffuse) Tiererkrankung ist nur mikroskopisch erkennbar und tritt herdweise auf. Im Gegensatze zu den menschlichen Verhältnissen bleibt die Rinde verhältnismäßig frei von vas-

Digitized by Google

kulären Infiltraten. Aber auch an und um die Gefäße von Großhirnmark, basalen Ganglien, Ammonshornmark, Vierhügelgegend, Brücke, Brücke und Medulla treten starke, sehr plasmazellenreiche Infiltrate auf. In der Leber neben diffusen Prozessen auch herdförmige Veränderungen. An der Aorta findet sich eine von der menschlichen Mesaortitis syphilitica mit ihren Infiltraten in Adventitia und Media, Beteiligung der Vasa vasorum und gummaähnlichen Veränderungen verschiedene unspezifische Mediasklerose (Knötchen; mikroskopisch: Zerstörungen an Muskeln und elastischen Fasern).

A. v. Notthafft-München.

d. Serologie.

Liquorveränderungen bei Frühsyphilis, von Julius, K. Mayr-München. (M. m. W., 1922, Nr. 4, S. 127.) Eine kritische Besprechung der ganzen Liquorfrage. Im Original nachzulesen. A. v. Notthafft-München.

Beitrag zur Entstehung der luetischen Reagine in den Lumbalflüssigkeiten, von Margarete Stern-Breslau. (Kl. W., 1922, Nr. 31, S. 1537.) Verf. beschäftigt sich mit der Beeinflussung des Titer der WR durch lymphozytenhaltige und zellfreie Portionen des Lumbalpunktats, indem von demselben Punktat diese beiden verschiedenen Portionen verglichen werden. Die Untersuchungen ergeben, daß sie den Anschauungen von v. Wassermann und Langer nicht beitreten kann, daß die Lymphozyten die Bildungsstätte der Reagine sind, da in einem Teil der Fälle die Erhöhung des Titer der lymphozytenhaltigen gegenüber den zellfreien nur minimal war. Bei anderen Lumbalpunktaten ergaben die im Eisschrank aufgehobenen zellfreien gegenüber den lymphozytenhaltigen Portionen eine Titererhöhung. Gerade bei den Lumbalpunktaten mit den höchsten Lymphozytenzahlen — 1200 und etwa 4000 Zellen — fand sich im Titer kein Unterschied zwischen zellfreier und zellhaltiger Portion, während die stärkste Titererhöhung der lymphozytenhaltigen Portion bei einem Punktat mit nur 290 Zellen auftrat. E. Langer-Berlin.

Feststellungen an 42 Fällen liquorkontrollierter, klinisch beobachteter Nervenlues, von J. Brock. (M. Kl., 1922, Nr. 4, S. 107—109.) Die meisten Fälle waren unbehandelt, selbst bei den Männern 50% Lues ignorée. Die Inkubationszeit schwankte zwischen 12 und 30 Jahren. Hinsichtlich der Liquorbefunde hatten 21 Fälle mit positiver WR schon bei den schwächsten Konzentrationen (0,1 und 0,2) auch fast durchweg schwere klinische Erscheinungen. Was die Beeinflussung der Fälle durch die Therapie betrifft, so konnte in allen Fällen eine parallele Beeinflussung von Seroreaktion und Liquor beobachtet werden. G. Heymann-Elbing.

Positive Wassermann-Reaktion — Aktive Syphilis (Positive Wassermann-Reaction — active Syphilis), von Th. E. Hess-Thaysen. (Acta M. Scand., 1922, Bd. 56, Nr. 3, S. 195—224.) Verf. untersucht an 283 Syphilitikern, ob die Aktivität der syphilitischen Infektion, manifestiert durch klinische Symptome, mit einer stärkeren WR verbunden ist, als die weniger starke Aktivität ohne Symptome. Er kommt zu dem Resultat, daß manifeste Lues keinen stärkeren Ausfall zeigt, als Lues mit in Rückbildung begriffenen Effloreszenzen oder ohne Symptome. Aus dem Stärkegrad der WR gebt für die Prognose nichts hervor. Positiver Ausfall ist nicht immer das Zeichen einer aktiven Syphilis im klinischen Sinne, d. h. einer Lues mit manifesten oder in kurzer Zeit manifest werdenden Erscheinungen. Bei Fällen, deren Infektion 25 Jahre zurückliegt, ist positive Reaktion auf eine nicht aktive Syphilis im klinischen Sinne zu beziehen.

H. Soltmann-Leipzig.

Die Notwendigkeit der Vereinheitlichung der Wassermannschen Reaktion und die Mittel dazu (La nécessité et les moyens de standardiser la réaction de Bordet-Wassermann), von Louis Bory. (Progr. méd., 1922, Nr. 20.) Erforderlich ist in jedem Falle Kombination verschiedener Methoden und Verschärfung der technischen Grundlagen, besonders 1. Untersuchung mit inaktiviertem und nicht inaktiviertem Serum, 2. mindestens drei, besser vier Antigene bei inaktiviertem Serum, 3. voraufgehende Titrierung des Komplementes mit den verschiedenen Antigenen, 4. voraufgehende Titrierung der normalen hämolytischen Kraft des Serums. E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. März 1923 | Nr. 12 | Band 76

Über Herpes zoster[1]).

Von

Priv.-Doz. Dr. Friedrich Wohlwill in Hamburg.

Obwohl seit den Untersuchungen von Bärensprungs sowie besonders Heads und Campbells ganz allgemein eine Erkrankung des Spinalganglions als — mehr oder weniger unmittelbare — Ursache des Herpes zoster gilt, geben doch recht einwandfreie Untersuchungsergebnisse schon älterer Autoren, welche andere Abschnitte des Nervensystems bei Intaktheit des Ganglions erkrankt fanden, Veranlassung, auch diese Seite des Zosterproblems einer erneuten Untersuchung zu unterziehen. Ich habe in sechs Fällen, bei denen eine Gürtelrosenerkrankung kurz vor dem Tode bestanden hatte, eine pathologisch-anatomische Untersuchung vornehmen können, über deren Ergebnis hier ganz kurz berichtet werden soll.

In vier Fällen handelt es sich um den sogenannten „idiopathischen" (vielleicht besser „spezifischen") Zoster. Im ersten Fall, einem Zoster ophthalmicus, bietet der pathologisch-anatomische Befund keine Besonderheiten, abgesehen vielleicht davon, daß sich in der zentralen Trigeminuswurzel ein mindestens ebenso intensiver Entzündungsprozeß abspielt wie in dem betreffenden Teil des Gasserschen Ganglions.

Die ausgedehntesten und schwersten Veränderungen finden sich im zweiten Fall, einem seit drei Monaten bestehenden, aber bei der Sektion noch in voller Blüte befindlichen Zoster bullosus gangraenosus — entsprechend dem linken 2. und 3. Lumbalsegment —, aberrierende Bläschen in dem nächst tieferen Segment sowie ein solitäres an symmetrischer Stelle des rechten Beines. Hier waren schwere lymphozytär-plasmazelluläre Infiltrate in den entsprechenden Ganglien, in den Wurzeln (den hinteren mehr als den vorderen) sowie in dem zugehörigen Rückenmarkssegment — hier schnell nach den Nachbarsegmenten zu an Intensität abnehmend — festzustellen. Es finden sich im Rückenmark neben reichlichen diffusen sowie mehr herdförmigen Infiltraten vor allem Gliawucherungen bei relativ geringer Ganglienzellschädigung. Der Prozeß war am stärksten im Hinterhorn der betroffenen Seite, hier wieder die Basis, d. h. die Nachbarschaft des Vorder- und Seitenhorns, bevorzugend. Letztere selbst waren in geringerer Weise affiziert, noch weniger die weiße Substanz, die Meningen und endlich das Hinterhorn der gegenüberliegenden Seite. Der N. femoralis zeigte im perineuralen Gewebe entzündliche Infiltrate, die Nervenbündel selbst erschienen frei.

[1]) Gekürzter Bericht über einen in der Biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google

Der dritte Fall ist dadurch bemerkenswert, daß bei einem Herpesausschlag an der Außenfläche der linken Gesäßbacke sich auf derselben Seite in der Tiefe der Glutäalmuskulatur, übergreifend auf das die Vasa und Nervi glutaei enthaltende Gewebe im Foramen ischiadicum majus, ein schwerer phlegmonöser Prozeß abspielte, der jedoch die Nerven selbst nicht in Mitleidenschaft zog. In diesem Fall kann über die Spinalganglien nichts Sicheres ausgesagt werden, da möglicherweise infolge der Differenzen, die in den Angaben verschiedener Autoren über die Segmentinnervation in dieser Region bestehen, nicht die richtigen Ganglien untersucht worden sind. Dagegen fand sich im Rückenmark ein entzündlicher Prozeß, der bei quantitativ geringerer Ausprägung qualitativ durchaus demjenigen des zweiten Falles entspricht, nur waren die weichen Häute hier, und zwar auffallenderweise besonders an der vorderen Zirkumferenz, etwas stärker beteiligt, und es fand sich in zahlreichen Vorderhornzellen das Bild der retrograden Degeneration als Ausdruck einer Unterbrechung zugehöriger Vorderwurzelfasern.

Der vierte Fall endlich, einen Zoster thoracicus im 9. Dorsalsegment betreffend, ist dadurch ausgezeichnet, daß hier das entsprechende Spinalganglion intakt war, während die hintere Wurzel Sitz einer ausgesprochenen Entzündung war. Rückenmark und peripherischer Interkostalnerv erwiesen sich als normal.

Unter den aufgeführten vier Fällen von idiopathischem Herpes zoster ist besonders im zweiten der pathologisch-anatomische Befund so gestaltet, daß ein Aufsteigen des infektiösen Prozesses vom peripherischen Nerven über Spinalganglion und hintere bzw. vordere Wurzel zum Rückenmark, vor allem zum gleichseitigen Hinterhorn anzunehmen ist. Dieselbe Deutung wurde von Hedinger, de Besche, van der Scheer u. Stuurman, Magnus und Schlesinger ihren ähnlich gelagerten Fällen gegeben. Besonders ist hier aber auch auf die weitgehende Analogie hinzuweisen, die zwischen diesem Zosterbefund und den Untersuchungsergebnissen der Tierexperimente Homéns und Laitinens bestehen, welche bei Injektion von Streptokokkenkulturen in den Ischiadikus von Kaninchen genau denselben Weg der aufsteigenden Infektion bis zum Rückenmark verfolgen konnten. Danach wäre der entzündliche Prozeß beim Zoster ein Beispiel für das früher vielfach diskutierte und oft angezweifelte Vorkommen einer Myelitis ex neuritide ascendente beim Menschen. Diese Myelitis, welche im wesentlichen als eine „Poliomyelitis posterior" zu bezeichnen wäre, hat gewiß, wie vielfach hervorgehoben, manche Berührungspunkte mit der Heine-Medinschen Krankheit, der Poliomyelitis anterior. Jedoch bestehen gerade auf histopathologischem Gebiet auch weitgehende Differenzen, auf die in dieser kurzen Mitteilung nicht eingegangen werden kann.

Nicht ganz leicht ist im dritten Fall die Erklärung des wohl sicher nicht zufälligen Zusammentreffens der Phlegmone in der Glutäalmuskulatur mit der Zostereruption an den entsprechenden Hautbezirken. Ein Aszendieren der Eiterung selbst zum Zentralorgan wird man ausschließen können, da es sich im Rückenmark um lymphozytär-plasmazelluläre Infiltrate ohne nachweisbare Erreger gehandelt hat. Man wird entweder an toxische Einflüsse im Zusammenhang mit der Zellgewebsentzündung

Digitized by Google

denken oder aber, was ich für näherliegend halte, annehmen, daß gleichzeitig mit der Infektion mit Eitererregern an gleicher Stelle das unbekannte Zostervirus eingeimpft wurde.

Daß auch manche klinische Begleiterscheinungen der Gürtelkrankheit auf die Rückenmarksaffektion zu beziehen sind, halte ich für wahrscheinlich. Ich verweise auf die Lähmungen, die Erscheinungen von Hyperhidrose, von Sympathikusreizung und -lähmung. Auch ein Zusammenhang der Hauteruption mit dem spinalen Prozeß erscheint mir nicht ganz ausgeschlossen, insbesondere, was die aberrierten Effloreszenzen an symmetrischer Stelle der Gegenseite betrifft (siehe Fall 2).

Die letzten beiden Fälle betreffen sogenannten symptomatischen Zoster. Fall 5 wurde schon früher an dieser Stelle publiziert. Da er aber, obwohl er meines Erachtens von prinzipieller Wichtigkeit ist, fast allen folgenden Untersuchern entgangen ist, so sei hier kurz rekapituliert, daß es sich um einen Fall von Magenkarzinom gehandelt hat, bei dem drei Tage vor dem Tod ein Zoster im Gebiet des 5. Dorsalsegments aufgetreten war. Pathologisch-anatomisch waren ausgedehnte Krebsmetastasen in der Wirbelsäule, sowie eine auf den vorderen Ast des 5. Interkostalnerven beschränkte Karzinose bei — praktisch genommen — intaktem Spinalganglion nachweisbar. Da der Zoster aber die ganze rechte Rumpfhälfte in dem fraglichen Segment einnahm, also sowohl das Versorgungsgebiet des vorderen wie des hinteren Astes betraf, so habe ich seinerzeit mich dahin geäußert, daß dieser Fall nicht anders als mit der Kreibichschen Reflextheorie erklärbar sei.

Im sechsten Fall handelt es sich um eine vom Mediastinum ausgehende Lymphosarkomatose, bei welcher fünf Wochen vor dem Tod ein Zoster im 4. rechten Dorsalsegment aufgetreten war, der drei Wochen später, also 14 Tage vor dem Tode, abgeheilt war. Hier ergab die Untersuchung, daß eine große Reihe von Interkostalnerven, Spinalganglien, vorderen und hinteren Wurzeln beider Seiten von den lymphosarkomatösen Elementen locker durchsetzt war; vereinzelt fanden sich solche auch perivaskulär im Rückenmark. Das in Frage kommende 4. rechte Thorakalsegment war nur dadurch ausgezeichnet, daß bei etwas reichlicherer Bindegewebsentwicklung im entsprechenden Spinalganglion vor allem die Nervenfasern in den Wurzeln und im peripherischen Nerven in weit ausgedehnterem Maße zugrunde gegangen waren. Dieser Befund erklärt zu gleicher Zeit, warum der Zoster, obwohl ihm eine unheilbare Affektion zugrunde lag, trotzdem zur Heilung gekommen ist. Wenn es sich tatsächlich um einen durch Reizwirkung ausgelösten Reflex handelt, so muß dieser Reiz unwirksam werden, sobald der Reflexbogen durch Nervenfaserausfälle unterbrochen ist.

Die mitgeteilte Kasuistik ergibt vor allem, daß eine Erkrankung des Spinalganglions nicht conditio sine qua non für die Entstehung des Herpesausschlags ist. Vielmehr kann der krankhafte Prozeß an den verschiedensten Stellen des peripherischen sensiblen Neurons lokalisiert sein. Aber keineswegs findet sich in allen Fällen, in denen an diesem Abschnitt des Nervensystems mit Reizwirkung einhergehende Veränderungen sich abspielen, der entsprechende Hautausschlag. Daraus ergibt sich, daß die Nervenerkrankung zwar eine Vor-

Digitized by Google

bedingung für dessen Entstehung darstellt, aber auch nur eine. Es muß offenbar noch etwas Zweites hinzukommen. Ob als dieses zweite Moment die verschiedenartigsten Schädlichkeiten fungieren können, sofern sie an sich bei vorhandener Disposition auf die Haut zu wirken imstande sind (Vorerner) oder ob eine spezifische Infektion in Betracht kommt, und wenn ja, ob das Virus tatsächlich in den von Lipschütz beschriebenen Zosterkörperchen vorhanden ist, darüber müssen erst weitere Untersuchungen Aufschluß geben. Ich selbst bin zu der Überzeugung gekommen, daß die Auffassung Vorerners zum mindesten zu weit geht.

Literatur:

1. von Bärensprung, Annalen des Charitékrankenhauses, Bd. 9—11 (1861—63). — 2. de Besche, Arent, Zbl. f. Pathol., Bd. 21, S. 897. — 3. Head und Campbell, Brain, 1900, Bd. 23, Teil III, S. 353. — 4. Hedinger, D. Zschr. f. Nervenheilk., Bd. 24, S. 305. — 5. Homén und Laitinen, Zieglers Beiträge, Bd. 25, S. 4. — 6. Lipschütz, Arch. f. Derm., Bd. 136, S. 59 und Bd. 138, S. 378. — 7. Magnus, Norsk Magaz. f. Lagvidenskaben, 1906, S. 1419. — 8. van der Scheer und Struurman, Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 34, S. 119. — 9. Schlesinger, Obersteiners Arbeiten, Bd. 22. S. 171. — 10. Vorerner, Arch. f. Derm., Bd. 132, S. 428. — 11. Woelwill, Derm. W., 1917, Bd. 64, S. 569.

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Breslau (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Jadassohn).

Nochmals zur Frage der lichen-ruber-artigen Salvarsanexantheme.

Von

Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Frei und Dr. Paul Tachau.

Die Ausführungen von Wirz in dieser Wochenschrift (Nr. 30 und Nr. 50 1922) geben uns Anlaß, nochmals auf die Frage „lichen-ruber-artige Salvarsanexantheme oder idiopathischer unter Salvarsan entstandener Lichen ruber" einzugehen und zugleich einen neuen, in letzter Zeit in unserer Klinik beobachteten Fall kurz mitzuteilen [1]).

48jähr. Landwirt. Am 7. VI. 1922 wegen Lues II in poliklinische Behandlung genommen. 1. Kur vom 7. VI. bis 31. VIII. 1922: 5,0 Neosilber-Salvarsan + 0,6 Hg (Novasurol). WR vor der Kur positiv, nach der Kur negativ. 2. Kur am 11. X. 1922 mit 0,3 Neosilber-Salvarsan + 2,0 Novasurol begonnen. WR positiv, sonst erscheinungsfrei. Am 18. und 25. X. dieselbe Dosis.

3. XI. 1922: Seit 8 Tagen Ausschlag, der mit kleinen Papeln an der Brust begonnen haben soll und anfänglich stark gejuckt hat. Zur Zeit kein Jucken mehr. Allgemeinbefinden ungestört. Antiluetische Therapie abgesetzt.

Befund: Über den Rumpf und die Genitalien verbreitetes disseminiertes Exanthem; verhältnismäßig zahlreiche Herde auch in den Achselhöhlen, Leistenbeugen und in der linken Ellenbeuge. Im übrigen an den Armen nur ganz vereinzelte, auf Beuge- und Streckseiten gleichmäßig verteilte Herde. Beine frei, ebenso Kopf.

Die Mehrzahl der Effloreszenzen stellt teils mehr kreisförmige, teils oblonge, scharf begrenzte, zierliche, bräunlich-rötliche, mattglänzende Ringe von 5—8 mm Durchmesser

---

[1]) Vorgestellt in der Schlesischen Dermatologischen Gesellschaft; Sitzung vom 18. Nov. 1922.

Digitized by Google

dar. Diese sind aus einzelnen dicht aneinander gereihten abgeflachten, ziemlich derben Papelchen zusammengesetzt, die teilweise feine, fest anhaftende Schüppchen tragen, und umschließen ein leicht eingesunkenes, zart gefeldertes, meist etwas bräunliches Zentrum. Daneben sind auch infiltrierte Herde gleicher und etwas geringerer Größe vorhanden, bei denen Niveau- oder sonstige Unterschiede zwischen Zentrum und Peripherie fehlen. Zwischen den größeren Herden, die in ihrer annulären Form besonders schön am Skrotum und Penisschaft ausgebildet sind, befinden sich isolierte, etwa stecknadelkopfgroße, zumeist polygonal begrenzte, derbe bläulich-rötliche Papeln mit glatter, glänzender, vereinzelt gedellter Oberfläche. Am Penisschaft einzelne Kratzstreifen mit perlschnurartig angeordneten glänzenden Knötchen. Mäßige Stomatitis, sonst Schleimhaut o. B.

Verlauf. 4. XII. Bereits deutlicher Rückgang der Effloreszenzen. Pigmentierung und Schuppenbildung stärker.

4. I. 1923. Die Effloreszenzen weiter stark zurückgegangen, zum Teil völlig abgeflacht, zum Teil aber auch noch deutlich infiltriert. Besonders fällt noch an einigen annulären Herden der leicht erhabene, glänzende Saum auf; hier sind Wickhamsche Streifen nachzuweisen. Die Braunfärbung des Zentrums hat teilweise zugenommen, ebenso findet sich Pigmentierung in der nächsten Umgebung der Herde; der Farbton dabei im allgemeinen nicht sehr dunkel. Bei Glasdruck bleibt teils leicht bräunliche, teils bräunlich-bläuliche Farbe zurück. An der Brust, besonders in der Gegend der unteren Thoraxapertur, sind heute grieskorngroße, teils hautfarbene, teils blaß-rötliche Papelchen zu sehen, die einen feinen, kurzen, exprimierbaren Hornstachel tragen. Sie sind teils untereinander zu kleinen Gruppen aggregiert, teils korymbiform um die größeren Herde gelagert und geben der Haut beim Darüberstreichen ein rauhes Gepräge. Stomatitis unverändert.

Ferner erhebliche ikterische Verfärbung der Haut und der Skleren, die vor 10 Tagen aufgetreten sein soll. Leber vergrößert. Im Urin Bilirubin und Urobilinogen; kein Eiweiß. Behandlung: Diät, viel Flüssigkeit, Karlsbader Salz.

26. I. Die überwiegende Mehrzahl der Effloreszenzen unter Pigmentierung abgeheilt; nur an vereinzelten annulären Formen ist immer noch ein leicht erhabener, glänzender Saum von typischem Aussehen vorhanden. Ikterus besteht noch, wenn auch in etwas vermindertem Grade. Leber stark vergrößert. Stomatitis unverändert.

Histologischer Befund (größerer Herd am Rücken; exzidiert am 8. XI. 1922): 4 mm breite, recht scharf abgesetzte Effloreszenz. Die Hornschicht verdickt und abblätternd, die erweiterten Follikeltrichter ausfüllend. Das Epithel verbreitert. Die Retezapfen vielfach ausgeglichen und unregelmäßig. Epithel, namentlich in den unteren Partien, von Wanderzellen durchsetzt. Einige wenige kolloid entartete Epithelzellen. Stratum granulosum gut ausgebildet, vielfach verbreitert, nur an einzelnen Stellen, wo starke Durchwanderung stattgefunden, fehlend.

Auf weite Strecken ist zwischen Rete und Papillarkörper ein unregelmäßiger schmaler Spalt vorhanden. An dem einen Rande der Effloreszenz, wo das Epithel etwas eingerissen ist, ist es durch einen breiten, spaltförmigen, mit koaguliertem Serum gefüllten Raum vom Bindegewebe getrennt. Der Papillarkörper ist von einem nach unten scharf abgesetzten lymphozytären Infiltrat erfüllt, an dessen oberem Rande sich den Infiltratzellen einzelne abgelöste Epithelzellen beimischen. Namentlich an einem der Follikel geht die Infiltration, besonders an einer Seite, stark und nach außen scharf begrenzt in die Tiefe. Auch hier findet sich stellenweise die Spaltbildung und die Ablösung einzelner Epithelzellen zwischen Follikelepithel und Infiltrat. Gerade unterhalb dieses Follikels liegt eine Schweißdrüse, welche in ihrem obersten Teil ebenfalls von einem scharf abgesetzten lymphozytären Infiltrat umgeben ist. In der weiteren Umgebung uncharakteristische perivaskuläre Infiltration.

Das klinische und histologische Bild der beschriebenen, wiederum während einer Salvarsanbehandlung aufgetretenen Hautveränderungen entsprach vollkommen dem eines Lichen ruber planus (annulatus). Auch die akuminierten Knötchen, die im späteren Verlauf hinzukamen, standen zu dieser Diagnose nicht in Widerspruch. Auffallend war nur die verhältnismäßig schnelle spontane Rückbildung der Effloreszenzen sowie ihre Koinzidenz mit einer Leberschädigung.

Digitized by Google

Die uncharakteristische Stomatitis ließ sich differentialdiagnostisch nicht verwerten.

Bei dem ersten Patienten, bei dem wir im Anschluß an eine Salvarsankur lichen-planus-gleiche Erscheinungen auftreten sahen, ließen wir zunächst die Frage, ob ein zufällig mit der Lues kombinierter oder durch Salvarsan provozierter idiopathischer Lichen ruber oder aber ein Salvarsanexanthem vorlag, noch offen (Kleeberg). Später gliederten wir auf Grund der inzwischen erschienenen Literatur und weiterer eigener Beobachtungen jenen Fall mit anderen analogen zusammen den von Buschke und Freymann beschriebenen lichen-ruber-ähnlichen Salvarsanexanthemen an (Frei und Tachau). Die gleiche Anschauung hatte bereits vorher Keller bei einem ähnlichen in der Freiburger Klinik beobachteten Fall vertreten.

Gegen diese Einordnung nahm Wirz in temperamentvollen Ausführungen Stellung. Er vertrat die Auffassung, daß die Fälle von Kleeberg und Keller sowie zwei analoge von E. Hoffmann und von Queyrat und Rabut und ferner zwei eigene Beobachtungen echten Lichen ruber darstellten, der zufällig mit der Syphilis und damit zugleich mit dem Salvarsan zusammenträfe. In die gleiche Gruppe dürfte er wohl auch den eben von uns beschriebenen Fall rechnen, ferner sicherlich einen bisher übersehenen von Nägeli, einen neuen von Montpellier, Lacroix und Boutin und vielleicht (?) auch den kürzlich von Marenbach veröffentlichten. Das wären dann bereits 10 bzw. 9 Fälle von zufälligem Zusammentreffen[1])!

Keller und ebenso wir hatten die Zahl derartiger nach Salvarsan beobachteter Exantheme von ausgesprochenster Lichen-ruber-Ähnlichkeit zu groß gefunden, um jedesmal einen echten (Keller sagt: durch Salvarsan provozierten) Lichen ruber annehmen zu können. Wirz dagegen sah in diesem Zusammentreffen nichts Besonderes. Die Zusammenstellung der älteren Literatur durch Riecke führe eine Reihe von Beispielen (Marenbach spricht neuerdings sogar von „zahlreichen Beispielen") für das vergesellschaftete Vorkommen der Lues mit Lichen ruber planus an. Wenn die Literatur der letzten Jahre weniger bringe, so sei das nur der Bedeutungslosigkeit, die diesem Vorgange jetzt allgemein gezollt würde, zuzuschreiben. Da des weiteren heutzutage das Zusammentreffen von Lichen ruber planus und Lues zwangsläufig ein solches mit Salvarsan bedeute, vermöge er auch hierin nichts Besonderes zu erblicken. Zum Beweise für die Richtigkeit dieser Ansicht stützt sich W. auf zwei selbstbeobachtete Fälle.

An Hand der Literaturhinweise Rieckes läßt sich feststellen, daß die vier namentlich von ihm angeführten Autoren (Héguy, Lang, Rona, Kaposi) nicht zahlreiche, sondern je ein Beispiel von Koinzidenz zwischen Lichen ruber planus und syphilitischen Erscheinungen beschrieben haben, während ein zweiter von Lang vorgestellter Fall durchaus zweifelhaft war (ein am meisten noch an Lichen ruber erinnerndes Exanthem, das von Kaposi und von Neumann nicht für Lichen ruber gehalten

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Hierzu kommt noch je ein Fall von Mc Cafferty (Arch. of derm., 1922, Bd. 6, S. 591) und von Dore (J. of derm., 1922, S. 369).

Digitized by Google

wurde)[1]). Wenn ferner einer der von Riecke zitierten Autoren, Kaposi, schreibt, daß er alljährlich 25—30 Fälle von Lichen ruber planus sähe, und gleich darauf, daß er einmal einen Lichen ruber planus neben einer Syphilis papulosa annularis beobachtet habe, so spricht dieses Zahlenverhältnis entschieden für die Seltenheit der Koinzidenz. Ebenso hat auch Geheimrat Jadassohn zwar gelegentlich Lichen ruber bei latenter, aber niemals bei manifester Syphilis gesehen. Wenn man weiterhin auch heute noch Fälle von Lichen ruber planus ohne weitere Besonderheiten, z. B. in der gewöhnlichen verrukösen Abart, in den dermatologischen Gesellschaften vorstellt und damit der Literatur einreiht (vgl. Wirz, Demonstration, Münch. derm. Gesellsch. vom 28. VII. 1922), so kann die Annahme, daß man in den letzten Jahren die Demonstration derartiger Kombinationen mit Lues ihrer Bedeutungslosigkeit wegen unterlassen hätte, kaum plausibel erscheinen, zumal selbst die Kombination von Lues und Psoriasis immer noch demonstriert wird (vgl. die Referatenblätter).

Auch die beiden eigenen Beobachtungen von Wirz erscheinen nicht geeignet, uns von der Häufigkeit des Zusammentreffens zu überzeugen. Bei der ersten ist unserer Meinung nach die Diagnose Lichen ruber nicht vollständig sicher gestellt.

Während einer Linserschen Kur traten Haut- und Mundschleimhautveränderungen auf, bei denen die Differentialdiagnose zwischen Salvarsan-Dermatitis und Lichen ruber planus acutus zunächst offen gelassen wurde (23. VII. 1921). Die antiluetische Kur wurde fortgesetzt. Am 5. VIII. waren bereits leichte Rückbildungserscheinungen wahrzunehmen. Der Text lautet weiterhin: „20. VIII. Beendigung der antiluetischen Kur. Im weiteren Verlauf Rückbildung der Erscheinungen unter starker, zum Teil lamellöser Schuppung und leicht bräunlicher, fleckiger Pigmentierung.

Am 24. IX. 1921 restitutio ad integrum bis auf eine diffuse geringe Hyperpigmentation, die sich unter den Mammae beiderseits stärker abzeichnet. Munderscheinungen vollständig verschwunden.

7. III. 1921. Pat. stellt sich wieder vor . . .“ Es wurde ein Rezidiv an der Mundschleimhaut festgestellt, das dann während einer neuen vom 14. März bis Ende April dauernden antiluetischen Kur unverändert bestehen blieb.

Die Diagnose Lichen ruber planus acutus wurde nach Ansicht von Wirz in diesem Fall „durch das nach einem halben Jahr — während welcher Zeit kein Salvarsan verabreicht worden war — auftretende Schleimhautrezidiv gesichert“. Da aber die Krankengeschichte keine Angaben über eine Untersuchung in der $5^1/_2$ monatigen Zwischenzeit zwischen Feststellung der restitutio ad integrum und Feststellung des Schleimhautrezidives enthält, ist nicht auszuschließen, daß das Rezidiv nicht gerade erst am Tage der Nachuntersuchung, sondern ganz wesentlich früher aufgetreten sein könnte. Damit wird die Frage in den Bereich der Möglichkeit gerückt, ob es sich nicht um ein Spätrezidiv eines Sal-

[1]) Auch bei Durchsicht der Generalregister des Archivs für Dermatologie bis zum Jahre 1911 haben wir unter den Stichworten Lichen ruber bzw. Syphilis nur noch je einen derartigen Fall von Arndt (Bd. 91) und von Trautmann (Bd. 96) — beides isolierter Lichen der Mundschleimhaut bei tertiärer Lues! — sowie einen nachträglich nicht bestätigten (vgl. Derm. Zschr., Bd. 13, S. 82) von Baum (Bd. 77) gefunden. Ferner erwähnen noch O. Rosenthal und Baum in der Diskussion zu dem Arndtschen Fall eigene Beobachtungen, aber ohne zeitliche Koinzidenz des Lichen mit syphilitischen Erscheinungen (vgl. Derm. Zschr., Bd. 15, S. 581—592). Aus letzter Zeit käme noch ein Fall von Bernstein hinzu.

Digitized by Google

varsanexanthems gehandelt haben könnte, wie sie an der Haut schon beobachtet worden sind (z. B. NATHAN: 40 Tage nach der letzten Injektion; FREI: Exazerbation einer noch bestehenden Dermatitis nach $2^1/_2$ Monaten; vgl. auch OPPENHEIM — allerdings ohne genaue Zeitangabe — mit Diskussion über späten Erstbeginn), zumal während des Verlaufs der Haut- und Schleimhauterkrankung noch weiter Salvarsan gegeben worden ist. Weder der Rückgang unter fortgesetzter Salvarsantherapie noch das Rezidiv bei fehlender Neuzufuhr ist mit unseren Vorstellungen über die Pathogenese der Arzneiexantheme unvereinbar: der Rückgang kann auch bei fortdauernder Einwirkung des schädigenden Agens durch Desensibilisierung, das Rezidiv durch Aufhören der letzteren, aber auch durch einen plötzlich wieder verstärkten Übergang aus einem Depot bedingt sein. Für einen Lichen planus wäre es auch außergewöhnlich, wenn — ganz abgesehen von den Hautveränderungen — Munderscheinungen, die sich doch sonst dureh besondere Hartnäckigkeit auszeichnen, bereits nach etwa 2 Monaten „vollständig verschwunden" wären, während beim lichenoiden Salvarsanexanthem eine analoge Beobachtung vorliegt (s. u. SCHAEFER).

Im 2. Fall von WIRZ handelt es sich um eine Patientin, die wegen eines Lichen ruber in Behandlung genommen war, und bei der nachträglich auf Grund der Angaben des früher behandelnden Arztes mit Hilfe der WR eine latente Lues entdeckt wurde. Derartige Fälle würde man zweifellos öfter finden, wenn man systematisch nach ihnen suchen würde (s. o. JADASSOHN), da man wohl voraussetzen kann, daß Menschen mit Lichen ruber nicht wesentlich seltener mit Syphilis infiziert sind als beliebig andere. Aber sie sind wohl weder mit den Fällen von KAPOSI, RONA usw. noch mit den zur Diskussion stehenden ganz in Parallele zu setzen, da es sich bei jeder dieser beiden Gruppen um ein engeres zeitliches Gebundensein handelt: bei der ersten um das Zusammentreffen von Lichen ruber mit syphilitischen Erscheinungen, bei der zweiten um das Auftreten des Lichen ruber unter der antisyphilitischen Kur.

Vergleicht man aber das Zahlenmaterial der beiden letzteren Gruppen miteinander, von denen die erste den spärlichen literarischen Niederschlag der ganzen Vor-Salvarsan-Ära umfaßt, also des großen Zeitraums, in dem die „zwangsläufige" Verbindung von Lues und Salvarsan noch nicht bestanden hat, so wird man gerade eher in der Meinung von einer Häufung des „Lichen ruber" während der Salvarsanbehandlung bestärkt.

Auch ein Vergleich mit der Psoriasis gibt zu denken: obwohl das Zusammentreffen von Syphilis mit Psoriasis fraglos häufiger vorkommt und auch wesentlich häufiger in der Literatur Erwähnung findet als das mit Lichen ruber, und obwohl man ferner voraussetzen kann, daß das Auftreten einer Psoriasis unter einer Salvarsankur — da auch die Psoriasis, wenngleich viel unsicherer, auf anorganisches Arsen reagiert — dieselbe Beachtung finden würde, ist uns doch kein einwandfreier Fall bekannt, in dem darüber berichtet worden wäre. Dabei müßte doch der „Zufall" noch öfter zur Entwicklung einer Psoriasis unter einer Salvarsankur führen als zu der eines Lichen ruber!

Digitized by Google

Das Interesse an solchen unter Salvarsan auftretenden „Lichen ruber"-Fällen hat selbstverständlich bereits vor der Publikation von Buschke und Freymann bestanden — so hatten Nägeli, Queyrat-Rabut, E. Hoffmann und Kleeberg bereits vorher ihre Fälle demonstriert bzw. beschrieben —, aber damals natürlich mehr in Hinblick auf die Frage nach der therapeutischen eventuell auch provokatorischen Wirkung des Salvarsans auf den Lichen ruber. Diese Fragen erledigen sich für Wirz in folgender Weise: „Des weiteren ist Salvarsan beim Lichen ruber planus therapeutisch wirkungslos (Pinkus siehe Kleeberg), so daß die Annahme einer ‚homöopathischen Entstehung' unbegründet sein dürfte." Nun hat sich aber Kleeberg nicht ganz in diesem Sinne geäußert, sondern hat nur geschrieben, daß das Salvarsan — zum Teil nach den Erfahrungen von Pinkus — sehr oft versage, und hat damit für manche Fälle eine Einwirkung zugegeben, ein Standpunkt, der auch den Erfahrungen Jadassohns etwa entsprechen würde. Ferner haben Dind sowie Montpellier, Lacroix und Boutin sogar noch wesentlich günstiger geurteilt. Dazu kommt noch eine Anzahl von Berichten über therapeutische Einzelerfolge (Fraenkel und Grouven, Queyrat und Pinard, Hodara und Behdjet u. a.[1]) sowie außerdem vereinzelte Angaben über Herdreaktionen (Schwabe, Polland, Spitzer), so daß die Vorbedingungen zur provokatorischen Entstehung eines Lichen ruber unter Salvarsan an und für sich durchaus gegeben erscheinen. Diesen Gedanken, den wir anfänglich für die vorliegenden Fälle mit in Betracht gezogen hatten (vgl. Kleeberg), wieder aufzugeben, haben uns im wesentlichen klinische Erfahrungen veranlaßt.

Immerhin müssen wir Wirz darin recht geben, daß eine wirklich exakte Entscheidung der Frage auf diesem Wege nur an Hand großer Statistiken zu treffen wäre. Wir sind jedoch nicht auf diesen Weg angewiesen. So läßt schon folgende Feststellung vermuten, daß jene Fälle etwas anderes darstellen dürften als gewöhnlichen Lichen ruber: Unter den 6 Fällen, die Wirz selbst zur Gruppe des echten Lichen ruber bei Lues und Salvarsan rechnet, und die sich jetzt, wie ausgeführt, auf 10 bzw. 9 ergänzen dürften, befindet sich nur ein einziger, bei dem bereits in der Vorgeschichte frühere in salvarsanfreie Zeiten fallende Lichen-Schübe erwähnt werden: der Fall 2 von Wirz, ein einwandfreier Lichen ruber, der auch seine Hautveränderungen bereits zu Beginn der Salvarsankur aufgewiesen hat. Bei allen übrigen, bei denen sie erst unter dem Salvarsan aufgetreten sind, fehlen Angaben über ähnliche Erscheinungen in früherer Zeit.

Als Hauptgrund, den Kleebergschen Fall und damit zugleich die ähnlichen anderen als typische Salvarsanschädigung anzusehen, hatten wir aber in unserer ersten Publikation folgendes angegeben: „Besonders die Tatsache, daß nunmehr bereits 5 Fälle bekannt geworden sind, in denen das lichen-ruber-artige Exanthem mit dem Auftreten einer Salvarsandermatitis zeitlich zusammentraf, spricht dafür, daß auch die ohne Dermatitis verlaufenden Exantheme direkte Folgen der Salvarsanbehandlung sind." Diesen Vergleich hat Wirz für „unerlaubt" erklärt mit der Begründung, „daß es sich in jenen Fällen um ein lichen-ruber-artiges Exanthem handelt, das klinisch und zum Teil histologisch deutlich vom echten Lichen ruber unterschieden wurde, während sich bei Kleeberg echte Lichen-ruber-Effloreszenzen, und zwar nur solche, fanden."

Unter den Fällen, die Wirz selbst zur Gruppe der lichenoiden Salvarsanexantheme rechnet, befinden sich drei, die wir aus eigener Anschauung kennen: der in der Schles. Dermatol. Gesellsch.

[1]) Vgl. auch Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskr., 1923, Bd. 7, S. 168.

Digitized by Google

demonstrierte Fall von SCHAEFER und die beiden ersten in unserer Publikation angeführten.

SCHAEFERS Fall wies Veränderungen an der Mundschleimhaut auf, die im Gesellschaftsbericht als „außerordentlich an Lichen ruber erinnernd" bezeichnet wurden, und die in der Tat einen Lichen ruber klinisch so vollkommen nachahmten, daß weder Kollege SCHAEFER selbst noch Geheimrat JADASSOHN noch einer von uns anderen bei der Vorstellung von der Diagnose Lichen ruber abgegangen wäre, wenn nicht eine begleitende Dermatitis exfoliativa im Gesicht und Hyperkeratosen an den Händen für eine Salvarsanschädigung gesprochen hätten[1]). (WIRZ dagegen hielt den lichen-ruber-ähnlichen Charakter dieses Falles für „geringerer Art".)

Ebenso täuschend gab der erste der von uns beschriebenen Fälle (P. J., 66jähr. Mann) — diesmal an der Haut — das klinische Bild des Lichen ruber wieder. Atypisch war nur das Vorangehen von pityriasis-rosea-ähnlichen Effloreszenzen, die spinulöse Verhornung, das Auftreten zahlreicher verruköser Herde am Rumpf, die Beteiligung der Streckseiten — aber alles Eigenschaften, wie sie mehr oder weniger selten auch beim Lichen ruber vorkommen können. Für uns war zwar wieder die spontane Abheilung der Effloreszenzen auffallend, doch gehörte diese auch zum Bilde der „Lichen-ruber"-Fälle von KLEEBERG, KELLER und WIRZ (Fall 1). Auch hier wurde die Diagnose lichen-ruberähnliches Salvarsanexanthem vor allem durch die Koinzidenz einer sicher toxischen Hautveränderung, und zwar wieder einer Arsenkeratose, wahrscheinlich gemacht. Auch die mikroskopischen Bilder der Effloreszenzen glichen, wie wir schon seinerzeit schrieben, denen des Lichen ruber, ein Urteil, das auch Geheimrat JADASSOHN vertrat. (WIRZ dagegen schien „die histologische ‚Gleichheit' dieses Falles mit Lichen ruber planus nur relativ zu sein".)

Also in diesen beiden von WIRZ anerkannten Fällen von lichen-ruber-artigen Exanthemen waren klinisch und histologisch (nur ein Fall untersucht) keine sicheren Unterschiede vom echten Lichen ruber vorhanden, sondern die Diagnose wurde wesentlich durch andere toxische Erscheinungen gestützt. Wenn W. schreibt, daß er seine neuerdings mitgeteilten Fälle von Salvarsanexanthemen niemals unter dem Gesichtswinkel der Lichen-ruber-Artigkeit veröffentlicht haben würde, wenn nicht BUSCHKE und FREYMANN das Thema von diesem Standpunkt aus zur Diskussion gestellt hätten, so ist das eben ein Beweis dafür, daß er niemals Fälle wie die beiden eben besprochenen vor sich gesehen hat, und das dürfte auch die Ursache für die Ablehnung unserer Auffassung sein. Bei diesen Fällen, wie auch wir sie früher nie beobachtet hatten, mußte sich jedem die Lichen-ruber-Artigkeit aufdrängen, und der beste Beweis dafür, daß dieser Eindruck nicht erst unter dem Einfluß der BUSCHKEschen Publikation zustande gekommen ist, ist die Tatsache, daß SCHAEFER bereits vor ihrem Erscheinen die

[1]) Im weiteren Krankheitsverlauf sprach dann unserer Meinung nach noch die Tatsache gegen einen Lichen ruber, daß — laut nachträglicher persönlicher Mitteilung vom Kollegen SCHAEFER — die Schleimhautveränderungen zusammen mit denen der Haut bereits nach zwei Monaten vollständig verschwunden waren (s. o.).

Digitized by Google

außerordentliche Lichen-ruber-Ähnlichkeit der Munderscheinungen seines Falles als besonders bemerkenswert erklärt hat.

Nun auf der anderen Seite zu den echten „Lichen-ruber"-Fällen der Wirzschen Einteilung!

Vor allem sei der Fall von Queyrat und Rabut hervorgehoben: Hier bildeten sich gleichzeitig mit klinisch typischen (d'une façon indiscutable) Lichen-ruber-Veränderungen der Mundschleimhaut, die auch im histologischen Bild (Civatte) alle charakteristischen Läsionen des Lichen ruber, wenigstens in Andeutung (à l'état d'ébauche), ergaben, juckende, rote, urtikarielle, unter Pigmentierung abheilende, disseminierte Herde aus, die unzweifelhaft, — auch nach Ansicht von Queyrat und Rabut selbst — ein Salvarsanexanthem darstellten, und zwar von dem Typus, wie ihn Nathan als „lokalisiertes, stabiles Salvarsanexanthem" beschrieben hat. Wo ist hier ein wesentlicher Unterschied gegenüber der Beobachtung von Schaefer?

Auch den eingangs von uns neu beschriebenen Fall würde Wirz unseres Dafürhaltens, wie bereits geäußert, zum echten Lichen ruber rechnen (Effloreszenzen klinisch und histologisch nach Geheimrat Jadassohn vollständig typisch; Wickhamsche Streifen vorhanden, keine wesentliche Beteiligung der Streckseiten). Auffällig war wieder für uns der verhältnismäßig schnelle spontane Rückgang (nicht schneller als im „Lichen-ruber"-Fall 1 von Wirz) und das Auftreten akuminierter Herde (nur Atypie). Auch hier dürfte die Koinzidenz mit der Leberschädigung von einer gewissen Bedeutung sein (vgl. Fall 1 und 3 von Buschke und Freymann). Also mutatis mutandis ein Parallelfall zu dem an zweiter Stelle angeführten [1])!

Die Unterschiede verwischen sich tatsächlich, und wir wissen nicht, wo wir hier eine Grenze ziehen sollten. Sollte sie wirklich gerade da liegen, wo zufällig andere toxische Erscheinungen fehlen? Das wäre an sich schon nicht plausibel und wird durch nähere Betrachtung der übrigen Fälle, die Wirz zum Lichen ruber rechnet, insofern noch unwahrscheinlicher, als — unter dem Gesichtspunkt des Lichen ruber betrachtet — ein außerordentlich hoher Prozentsatz von diesen Atypien aufweisen würde. Im Falle Kleeberg bildeten sich die Erscheinungen, auch an der Mundschleimhaut (!), innerhalb relativ kurzer Zeit spontan zurück (lt. Krankengesch. am 28. VII. 1920 zuerst beobachtet, am 13. X. — nach vorübergehendem Jodkaligebrauch — noch bestehend, am 9. I. 1921 verschwunden). Bis zu einem gewissen Grade war ferner die ausschließliche Lokalisation der Hauteffloreszenzen sowie das Auftreten der warzigen Gebilde an der Dorsalseite der Hände auffallend. Bei Keller müßte die seltene Form eines akuten Lichen ruber planus — wenn nicht die noch verdächtigere Kombination mit Salvarsandermatitis — vorgelegen haben und gleichfalls eine spontane Abheilung, wiederum an der Mundschleimhaut. Nebenbei kommt noch das Fehlen von Juckreiz und Dellenbildung hinzu. Bei Wirz (Fall 1; Fall 2 ist nicht während der Salvarsan-

[1]) Zusatz bei der Korrektur: Ebenso wurde Mc Cafferty bei seinem Fall, der „dem klinischen und histologischen Bilde sowie dem Krankheitsverlauf nach von echtem Lichen planus ununterscheidbar war", nur durch andere arsenotoxische Symptome zur Diagnose eines Salvarsanexanthems veranlaßt.

Digitized by Google

behandlung entstanden) gleichfalls Lichen ruber acutus mit „restitutio ad integrum", auch wiederum an der Mundschleimhaut, innerhalb von zwei Monaten (später Rezidiv). Bliebe also, ohne damit annehmen zu wollen, daß gerade hier die Grenze läge, von den von WIRZ zum Lichen ruber gezählten Fällen nur Fall HOFFMANN als typisch übrig, zu dem dann noch aus späterer Zeit die Beobachtung von MONTPELLIER, LACROIX und BOUTIN hinzukäme, während der Fall von NÄGELI (akut-entzündlicher Beginn) sowie der von MARENBACH, falls W. auch letzteren mitrechnen würde, wiederum atypisch wären (Lichen ruber planus acutus; rapide Rückbildung [1]). Endlich wiesen auch zwei von MILIAN kurz erwähnte Fälle von „lichen plan" nach Arsenobenzol Anomalien auf (generalisierte Schübe von Effloreszenzen, die im allgemeinen ein wenig ödematös waren, fast an Blasenbildung heranreichend).

Wir halten somit Behauptung und Begründung aufrecht: Die Fälle, die WIRZ zum idiopathischen zufällig unter einer Salvarsanbehandlung auftretenden Lichen ruber rechnet, stellen im großen ganzen Salvarsanexantheme vom Charakter des Lichen ruber dar. Die Möglichkeit, daß sich in einem Einzelfall auch einmal ein idiopathischer Lichen ruber — zufällig oder durch das Medikament provoziert — im Anschluß an eine Salvarsankur entwickeln könnte, bleibt selbstverständlich bestehen.

Auch der heute von uns mitgeteilte Fall gehört unserer Meinung nach zu den lichen-ruber-artigen Salvarsanexanthemen. Von dem von WIRZ zur Differentialdiagnose neuerdings angegebenen Glasstabphänomen erhielten wir leider zu spät Kenntnis, um es bei dem Patienten noch rechtzeitig anwenden zu können.

Auffallend bleibt auch weiterhin, daß diese eigenartigen Salvarsanexantheme erst in den letzten Jahren, und zwar sogar zu einem nicht ganz unbeträchtlichen Teile innerhalb einer kurzen Zeitspanne unabhängig von verschiedenen Seiten, beobachtet worden sind.

Ferner sehen wir auch keine Veranlassung zu der Annahme, daß allgemein am Zustandekommen dieser Erkrankungen außer der Arsengruppe im Salvarsan noch eine organische Komponente beteiligt sei. Für eine Arsenwirkung sprechen die Hyperkeratosen und Pigmentierungen. Begleiterscheinungen wie ekzematöse Dermatiden oder urtikarielle Herde unbedingt auf organische Bestandteile zu beziehen, wäre unberechtigt, da auf der einen Seite auch Salvarsandermatitiden mit Pigmentierung und Hyperkeratosen sowie urtikarielle Salvarsanexantheme mit Pigmentierung abheilen können (s. o.), und auf der anderen Seite ähnliche Bilder (auch die Erscheinungen des Erythema exsudativum multiforme) schon bei sicheren Arsenintoxikationen beobachtet worden sind (vgl. MORROW, RASCH, MÉNEAU, JAMIN u. a.). Dabei bleibt auch hier wieder an sich die Möglichkeit bestehen, daß in einem Einzelfall auch einmal nebeneinander — von vornherein oder durch unspezifische Sensibilisierung — eine Überempfindlichkeit gegen verschiedene Bestandteile im Salvarsan vorhanden sein könnte, genau so wie sich gelegentlich eine Überempfindlichkeit gegen Salvarsan mit einer solchen gegen Quecksilber kombiniert.

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Ebenso der DORFSche, vom Autor als „Lichen planus und Syphilis" demonstrierte Fall (akut-entzündlicher Beginn: Blasenbildung).

Digitized by Google

Literatur.

1. Baum, Arch. f. Derm., 1905, Bd. 77, S. 141. — 2. Bernstein, Zbl. f. Ht.- u. Gschlkr., 1923, Bd. 7, S. 168. — 3. Dind, Ann. de derm. et de syph., 1920, S. 321. — 4. Fränkel und Grouven, Abhdl. ü. Salv., 1911, Bd. 1, S. 155. — 5. Frei, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 133, S. 46. — 6. Hèguy, Etude sur le lichen planus. Thèse de Paris, 1880, S. 38. — 7. Hodara und Behdjet, Derm. W., 1922, Bd. 75, S. 833. — 8. Jamin, Bull. de la soc. franç. de derm., 1919, S. 17. — 9. Kaposi, Pathol. u. Therap. d. Hautkr. 5. Aufl., S. 474. Berlin-Wien, 1899. — 10. Lang, Arch. f. Derm., 1894, Bd. 28, S. 387 u. 1897, Bd. 39, S. 406. — 11. Marenbach, Derm. W., 1922, Bd. 75, S. 1233. — 12. Ménéau, Ann. de derm. et de syph., 1897, S. 345. — 13. Milian, Bull. de la soc. franç. de derm., 1921, S. 43. — 14. Montpellier, Lacroix und Boutin, Bull. de la soc. franç. de derm., 1922, S. 186. — 15. Morrow, J. of cutan. dis., 1886, S. 195. — 16. Nägeli, Schweiz. med. Wschr., 1921, Nr. 38, S. 883. — 17. Nathan, Derm. Zschr., 1920, Bd. 29, S. 148. — 18. Oppenheim, Zbl. f. Ht.- u. Gschlkr., 1922, Bd. 5, S. 211. — 19. Polland, W. kl. W., 1912, Nr. 31, S. 1192. — 20. Queyrat u. Pinard, Bull. de la soc. franç. de derm., 1914, S. 262. — 21. Rasch, Ann. de derm. et de syph., 1893, S. 150. — 22. Riecke, Mračeks Handb. d. Hautkr., Bd. 2, S. 578. — 23. Riecke, Derm. W., 1922, Bd. 75, S. 1189. — 24. Rona, Arch. f. Derm., 1896, Bd. 46, S. 144. — 25. Schwabe, Abhdl. ü. Salv., 1911, Bd. 1, S. 370. — 26. Spitzer, Therap. Hmh., 1921, S. 116. — 27. Wirz, Derm. W., 1922, Bd. 75, S. 745 u. 1213. — 28. Wirz, Demonstr., Klin. Wschr., 1922, Nr. 42, S. 2118.

Weitere Literatur s. Frei u. Tachau, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 141, S. 152.

Bemerkung zu der vorstehenden Arbeit.

Von

J. Jadassohn.

Die Behauptung, daß ein großer Teil der bei und nach Salvarsan aufgetretenen lichenoiden Exantheme „echter" Lichen ruber und nur zufällig mit Syphilis resp. Salvarsan verknüpft ist, hat eine prinzipielle Bedeutung; deswegen möchte ich mir noch eine allgemeine Bemerkung dazu gestatten.

Herr Wirz ist, soweit ich sehe, darum so sehr für diese Auffassung, weil es ihm widerstrebt, eine klinisch und histologisch so gut charakterisierte Krankheit, wie es der Lichen ruber ist, unter die Gruppe derjenigen einzureihen, welche von anderen Krankheiten und speziell von Toxikodermien selbst bis zum Verwechseln nachgeahmt werden können. Auch ich bin von der „Spezifität" des Lichen planus sehr überzeugt gewesen, habe aber auf Grund fremder und eigener Erfahrungen und der Darlegungen von Frei und Tachau diese Anschauung aufgeben müssen.

Wir haben mehr und mehr gelernt, die klinische und histologische „Spezifizität", d. h. die pathognomonische Bedeutung der Effloreszenzen in der Dermatologie nicht zu überschätzen. Vestigia terrent! Wir Älteren haben es noch erlebt, daß man die lichenoiden Syphilide durchaus zur Mischinfektion mit Tuberkulose stempeln wollte. Die mikro- und makroskopische Morphologie läßt in manchen Einzelfällen die Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberkulose nicht stellen usw.

Die Haut kann, wie die anderen Organe auch, nur mit verhältnismäßig wenigen pathologischen Prozessen auf die sie angreifenden Noxen reagieren. Gewiß ist die Kombination der verschiedenen Reaktions-

Digitized by Google

formen in den meisten Fällen recht charakteristisch, und zwar sowohl klinisch als auch histologisch; aber oft genug kommen ganz besonders auf Grund der individuellen Variabilität der Reaktion Atypien in dieser Kombination der Erscheinungen vor, und diese Atypien nähern die Krankheiten verschiedener Ätiologie einander. Das ist für die spezifischen Infektionskrankheiten (Lues, Tuberkulose, Lepra usw.) jetzt schon fast eine Banalität. Es gilt aber auch für die infektiösen und toxischen Dermatosen wechselseitig. Ich erinnere hier nur an einige Beispiele: Hyperkeratotische Arsen- und gonorrhoische Exantheme (dazu auch noch die histologisch sehr nahestehenden atypischen Psoriasisformen gleicher Lokalisation), Bromexantheme und Blastomykosen und die eigenartigen Formen von serpigino-fungöser Tuberkulose mit ihren starken atypischen Epithelwucherungen, einzelne Effloreszenzen der Arsenhyperkeratose und gewisse Verrucae vulgares.

Pathognomonische Hautveränderungen im strengsten Sinne gibt es in der Tat nur wenige, und diese sind pathognomonisch, weil bei ihnen die Reaktionsprodukte des Organismus ganz zurücktreten hinter den Symptomen, welche durch den Krankheitserreger oder die „hautfremde" Substanz selbst unmittelbar bedingt sind. Dazu gehören Favusskutula, Mikrosporiehaare, Skabiesgänge, Creeping disease usw. auf der einen, Siderosis, Anthrakosis, Argyrie, Ikterus, Ochronose usw. auf der anderen Seite. Alle übrigen Hautveränderungen, die ganz oder zum größten Teil reaktiver Natur sind, sind nicht spezifisch oder pathognomonisch im eigentlichen Sinne. Beim Lichen planus konnten wir an Spezifizität glauben, solange wir eine bestimmte Ätiologie, die von der der idiopathischen Erkrankungen sicher verschieden ist, bei typischen Lichen-planus-Effloreszenzen nicht kannten. Aber wie klinisch lichenoide Syphilide und Tuberkulide schon längst bekannt sind, so war es sehr wohl möglich, daß auch klinische und histologische Doppelgänger mit anderer Ätiologie beim Lichen einmal gefunden werden würden. Das scheint jetzt eingetreten zu sein, wie es ähnlich bei den Kriegsdermatosen mit Lichen ruber und ganz besonders Pityriasis rubra pilaris gegangen ist. Die histologische Spezifizität ist ja auch nur das Substrat der klinischen, und mehr und mehr hat sich gezeigt, daß den klinischen Ähnlichkeiten histologische wenn nicht im Gros der Fälle, so doch in einzelnen entsprechen (tuberkuloide Lues und Lepra).

Wir können also aus Analogiegründen sehr wohl an die Möglichkeiten glauben, daß auch der Lichen ruber planus, den ich noch immer am ehesten für eine Infektionskrankheit halten möchte, wie die schon nachgewiesenermaßen infektiösen Dermatosen und wie andere vielfach ebenfalls als infektiös angesehene (Psoriasis) ihre „toxisch bedingten Doppelgänger" haben.

Gegenüber dieser Anschauung tritt die zweite Auffassung von der Provokation eines wahren Lichen ruber durch Salvarsan an Wahrscheinlichkeit zurück; denn dazu haben wir bisher kaum eklatante Analoga. Nach den neuen Ergebnissen könnte man hier allerdings an den provozierten Herpes febrilis (z. B. beim Salvarsanfieber) denken, falls erwiesen wird, daß auch er durch das Herpesvirus bedingt ist, oder an den Arsen- bzw. Salvarsanzoster, wenn dieser und der idiopathische Zoster durch gleiche oder ähnliche Erreger hervorgerufen werden sollten.

Digitized by Google

Doch das ist Zukunftsmusik. Nur das scheint mir schon jetzt erwiesen, daß klinisch und histologisch lichenartige Exantheme, die wir bisher für „idiopathischen" Lichen ruber mit oder selbst ohne Atypien gehalten hatten, mit und ohne andere Zeichen von Salvarsanschädigung als idiosynkrasische Folge der Salvarsanzufuhr auftreten können.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Annales des Maladies Vénériennes.

Juni 1922.

Zwei Mißerfolge der prophylaktischen Syphilistherapie (Deux échecs du traitement préventif antisyphilitique), von J. GOLAY-Genf. Verf. beschreibt 2 Fälle, bei denen trotz einer im Nov. 1920 im gleichen Journal publizierten Präventivtherapie der Syphilis nach abgeschlossener Behandlung und geheiltem Ulcus molle Sekundärerscheinungen auftraten und zieht daraus den Schluß, daß diese Behandlung nur früher, innerhalb der ersten 14 Tage nach der vermeintlichen Infektion, einzusetzen hat (gegenüber dem 16. bzw. 28. Tage bei den genannten Fällen) um Erfolg zu haben.

Die Reaktion von GATE und PAPACOSTA: Ist Formolgerinnung des Serums für Syphilis spezifisch? (La réaction de GATE et PAPACOSTA; Formolgélification du sérum est-elle spécifique à la syphilis?), von A. BOUTTIAU-Verviers. Die Frage wird auf Grund vergleichender Untersuchungen mit dem WASSERMANN und von Beobachtungen der Reaktion im Verlauf syphilitischer Erkrankung bzw. ihrer Beeinflussung durch die spezifische Therapie bejaht.

Über latente chronische Entzündung der Cowperschen Drüsen (Sur la cowpérite chronique latente), von R. LESZCZYNSKI-Lemberg. Nach kurzem geschichtlichem und anatomischem Überblick wird auf Grund von 44 anatomisch-pathologisch untersuchten Fällen die Häufigkeit (hier 36%) entzündlicher Veränderungen der genannten Drüsen nachgewiesen und die Bedeutung dieses Befundes für die Pathologie der Blennorrhoe erörtert. Verf. begründete damit einen neuen Begriff einer „chronisch latenten Cowperitis".

Über die WASSERMANNsche Reaktion (Sur la réaction de BORDET-WASSERMANN), von G. BARTHÉLEMY. Kritik eines Artikels von Dr. SCHWERS-Lüttich, in den Ann. des mal. vénér., Februar 1922.

Syphilitische Aneurysmen am Aortenbogen (Anévrysmes syphilitiques de la crosse aortique), von DUROP und SALLE-Fez (Marokko). Trotz der häufig vorkommenden Syphilis scheint das luetische Aneurysma in Marokko bisher nicht beobachtet zu sein. Verff. beschreiben 2 ausgesprochene Fälle ihrer Praxis.

Ein „unsichtbarer" Schanker der Vulva (Chancre „invisible" de la vulve), von G. BELGODERE. Prostituierte mit uncharakteristischem Fleck an der Klitoris und leichtem Ödem der Umgebung. Erst nach wiederholter und rigoros durchgeführter genauer Inspektion findet sich am Grunde einer kleinen Schleimhautfalte der schwierig zu diagnostizierende Schanker (ohne Spir. pallida, WR negativ).

Lymphangitis mit Schwellung, Rötung, Schmerzhaftigkeit in der Region des Triceps brachii; wahrscheinlich hervorgerufen durch Gonorrhoe und geheilt durch 2 Injektionen von Gonokokken-Vakzine (Lymphangite avec oedème rouge et douloureux de la région du triceps brachial d'origine très probablement blennorragique, guérie par deux injections de vaccin antigonococcique), von MATARASSO-Saloniki. Der Titel sagt bereits alles Wesentliche. H. Muchow-Hamburg.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Die Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit, von Carl Ullmann, Moritz Oppenheim und J. H. Rille. (Bd. 1, Lief. 2—8. Mit 108 Abbildungen im Text, 7 mehrfarbigen Tafeln. Leopold Voss, Leipzig 1922.) 1915 erschien die 1. Lieferung des groß angelegten Werkes, das der Krieg unterbrochen hat. Der 1. Teil enthielt die allgemeinen Kapitel. Unser unvergeßlicher Blaschko hatte die allgemeine Ätiologie und das Wesen, Isidor Fischer die Geschichte der gewerblichen Hautaffektionen bearbeitet. Beschlossen hatte den Band Oppenheim mit den beruflichen Stigmata der Haut.

In dem heute zur Anzeige gelangenden Bande sind beinahe nur österreichische Verfasser zu Worte gekommen. Ein gründliches deutsches Werk, geradezu verschwenderisch ausgestattet von dem berühmten Leipziger Verlag. Daß über alle wirtschaftlichen Nöten und Sorgen und alle Hemmnisse, wie sie nun einmal den deutschen und österreichischen Gelehrten gesetzt sind, ein solches Werk erstehen konnte, beweist das unverminderte Bestehen der geistigen Waffenbrüderschaft zwischen Österreich und Deutschland.

Kyrle behandelt die durch Kälteeinwirkung hervorgerufenen Veränderungen, die durch Hitzeeinwirkung bedingten Ullmann, Gußverbrennungen, Explosionsverbrennungen, thermische Kriegsschädigungen; Wirkung strahlender Wärme, Feuerschädigungen usf., um nur einiges herauszugreifen. Prophylaxe und Therapie kommen nicht zu kurz. Bei letzterer interessieren die Erfahrungen, die mit der Wachsbedeckung der verbrannten Haut gemacht werden. Nach ihrem Erfinder Barth de Sandfort war die Methode (1901) Ambrine genannt worden. Wir hielten sie für längst vergessen und erledigt. Kyrle befaßt sich eingehend mit der Histogenese der Erfrierung, die an den Gefäßapparat in erster Linie anknüpft, wie überhaupt die Pathologie der Gewerbedermatosen zu einem immer intensiveren Studium der Veränderungen der Gefäßwände anregt. Man denke an den Beginn der Röntgenschädigung. Das Krankheitsbild der Perniosis differenziert Kyrle scharf von der Erfrierung als solcher, es kommt nur bei Individuen vor, die zu ihm infolge der eigentümlichen Gefäßverhältnisse disponiert sind. Therapeutisch warnt Kyrle mit Nachdruck vor einer chirurgischen Polypragmasie.

In gleich prägnanter Form bearbeitet der maßgebende Verf., Jellinek, die Schädigungen der äußeren Hülle durch elektrischen Strom. Dem Referenten hat es viel neues geboten, auch mit den mikroskopischen Bildern der Strommarke. Es sei verwiesen auf die zu langen Fäden ausgezogenen, in Büscheln angeordneten Zellen des Rete malpighi. — Die Therapie habe sich in streng konservativen Grenzen zu bewegen.

Ehrmann und Perutz: Die experimentellen Grundlagen der allgemeinen Lichtpathologie. Ein in seiner Kürze vorbildlicher Aufsatz, der natürlich alles Wesentliche unseres geringen Wissens auf diesem so unendlich viele Ausblicke eröffnenden Gebiet enthält. Der so früh verblichene dänische Forscher Fönss spricht über Klinik und Verlaufsweise der verschiedenen Lichtentzündungen, besonders der gewerblichen. Eine Wiederholung und Erweiterung des vorhin erwähnten Aufsatzes. Erweitert nach der historischen Seite, die dem Verf. in seiner Finsen-Arbeitsstätte so nahe lag, erweitert auch nach der Seite der verschiedenen Lichtquellen und der Einwirkung des Sonnenlichtes auf abnorm reagierende Haut. So hat u. a. das Xeroderma pigmentosum ein eigenes Kapitel bekommen.

Dohan und Kienböck schreiben über die beruflichen Röntgenschäden der Haut. Dautwitz waren die durch Beruf und Arbeit (Verarbeitung, Studium und Applikation) mit radiumhaltigen Materialien und Präparaten entstehenden Hautschädigungen, Wilh. Friedländer die Mesothoriumschädigungen übertragen worden. Verff., rühmlichst bekannt und auf ihren ureigenen Arbeitsgebieten sich bewegend. Die Tafel zu Friedländers Arbeit gibt den Verdacht, daß in dem Falle von chronischer Thoriumdermatitis schon eine atypische Epithelwucherung eingesetzt hat, um so bemerkenswerter, als Dautwitz die überraschende Mitteilung macht, daß bislang ein Fall von Radiumkarzinom nicht mitgeteilt worden ist. Daß einige Autoren dem Sekret des Radiumulkus die Eigenschaft einräumen, auf nicht bestrahlter Haut Verbrennungen zu setzen, sei nebenbei erwähnt, ebenso, daß nach Untersuchungen von Werner und Kaiserling künstlich hervorgerufene Radiumnekrosen resistent gegen Infektionen mit Koli, Staphylokokken und Streptokokken sind. Ebenso wird hervorgehoben, daß Radiumulzera schließlich doch zur Heilung kommen ohne chirurgisches Eingreifen.

Digitized by Google

Hermann Schrötter: Bemerkungen über atmosphärische Einflüsse auf das Hautorgan. Fabry: Über Tuberkulose der Haut im Beruf und Gewerbe. Tubercul. cutis verrucosa der Bergleute, scharfe Trennung von dem Lupus verrucosus. Die durch die Arbeit entstehenden Hautveränderungen bei den Haustieren, aus der Feder des österr. Veterinärklinikers Wirth, eröffnen dem Dermatologen wieder ein neues Feld. Druckflecke, Druckhaare, charakterisiert durch den Pigmentverlust, gewellter Verlauf der Haare unter Druckeinwirkung, Druckschäden seien hier aufgeführt. Akne und Ekzeme bedeuten dem Tierarzt wohl eine andere Nomenklatur als dem Dermatologen. Karzinome auf Brandmalen wurden öfter beobachtet. Solche Krebse hat Heller schon zusammengestellt. Ravogli in Cincinnati bringt mit guten Abbildungen, makroskopischer und mikroskopischer Art, das Fußgeschwür und seine Beziehungen zum Beruf. Die Lues als immer noch zu wenig beachtete Ätiologie für viele Phlebitiden wird gebührend gewürdigt.

Den Band beschließen Brezina mit einem Auszug aus den Gesetzen und Verordnungen betreffend gewerblichen Arbeiterschutz und Jerusalem mit den typischen Haut- und Weichteilverletzungen der Arbeiter. Die verhältnismäßig wenig bearbeitete traumatische Epithelzyste ist hier abgebildet. In dem therapeutischen Teil wird auf die im Kriege viel verwendete Dakinsche Lösung hingewiesen. (Calc. chlorat. 20,0, Natr. carb. cryst. 25,0, Acid. bor. 16,0, Aqu. font. ad 1000,0.) E. Delbanco-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

d. Serologie.

Der Einfluß radioaktiver Bäder auf die Wassermann-Reaktion, von Mittenzwey-Oberschlema i. Erzgeb. (W. kl. W., 1922, Nr. 30, S. 657.) Ausgehend von einem Fall tertiärer Lues, die durch eine Kombination einer Salvarsankur mit einer Bäderbehandlung weitgehend gebessert wurde, untersuchte Verf. Patienten mit Tabes, Lues cerebrospinalis und luetischen Neuritiden, denen er nur die Badebehandlung verabfolgte, auf den Verlauf der WR. Die Behandlung bestand in durchschnittlich 15 Bädern (900 Mache-Einheiten) Trink- und Inhalierkur. Bei allen Patienten zeigte sich in 10 bis 30 Tagen eine zum Teil auffällige Verbesserung des serologischen Verhaltens. Auch auf eine Reihe von Symptomen, besonders die lanzinierenden Schmerzen, wirken die Bäder bessernd. Verf. erklärt die Wirksamkeit der radioaktiven Bäder durch Erhöhung der Zelltätigkeit, veranlaßt durch die radioaktiven Atomexplosionen. Auch diese Methode läuft analog der Proteinkörpertherapie auf eine Umstimmung des Gesamtorganismus hinaus. E. Langer-Berlin.

Weitere Mitteilungen über die Zerlegung des Wassermann-Aggregates und ihre Anwendungsfähigkeit zur Bestätigung der positiven Wassermannschen Reaktion, von A. v. Wassermann-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 22, S. 1101.)

Methodik für die Gewinnung der Wassermann-Substanz, von H. Citron-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 22, S. 1102.) Bei dem Aggregat handelt es sich um kein Lipoid, sondern um einen Komplex von Lipoid und anderen Substanzen. Nach seinen Eigenschaften ist es als ein Ambozeptor zu betrachten. Es bindet sich an sein Antigen, von dem es auch wieder getrennt und dann neu gebunden werden kann, wobei Komplement fixiert wird. Das Aggregat stellt den Träger der Serodiagnostik der Lues dar, da es bei der Komplementbindung und auch bei den Fällungsreaktionen die ausschlaggebende Rolle spielt. Über die genaue Technik und Versuchsanordnung muß im Original nachgelesen werden. E. Langer-Berlin.

Zur Beurteilung der Wassermann-Reaktion, von Hugo Hecht-Prag. (M. Kl., 1922, Nr. 17, S. 537—538.) Für alle Fälle, bei denen klinisch oder anamnestisch die Syphilis sichergestellt ist, kommt ausschließlich die Aktivmethode in Betracht. Das sind etwa 80% aller Untersuchungen in den Universitätslaboratorien. Für die restlichen 20%, wo es sich nur um differentialdiagnostische Untersuchungen handelt, kommt vorwiegend die Originalmethode in Betracht. Empfehlenswert ist aber zur Erhöhung der Sicherheit, bei der Diagnose auch in diesen Fällen die Aktivmethode gleichzeitig anzustellen. G. Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Welcher Anteil gebührt Carlo Moreschi an der Komplementablenkungsreaktion?, von A. Ascoli-Modena. (W. kl. W., 1922, Nr. 27, S. 605.) Unter Anführung und Würdigung der Arbeiten Moreschis auf diesem Gebiete legt Verf. dar, daß heute diese Arbeiten nicht mehr genügend gewürdigt werden, daß insbesondere vergessen ist, welcher Anteil Moreschi an der Auffindung der Wassermannschen Reaktion gebührt. E. Langer-Berlin.

Über die Verwendbarkeit eines Arionextraktes bei der sogenannten Hechtschen Modifikation der Wassermann-Reaktion, von W. Loele-Dresden. (M. m. W., 1922, Nr. 24, S. 885.) Die Hechtsche Veränderung des Wassermannschen Verfahrens kann dieses wertvoll ergänzen, wenn verschiedene Extrakte und Extraktverdünnungen angewendet werden. Nur gut erhaltenes Serum ist verwendbar. Ein alkoholischer Auszug der braunen Wegschnecke (Arion) gibt bei latenter und behandelter Syphilis in etwa 90% positive Ergebnisse. Die Wirksamkeit beruht außer auf dem hohen Cholestearingehalt auch auf der Anwesenheit unbekannter Stoffe. Außer bei Syphilis gibt der Arionauszug positive Ergebnisse bei Dementia praecox, multipler Sklerose, habituellem Abort u. a. Die Gebrauchsauszüge bei der WR ergeben bei Anwendung der Hechtschen Methode in etwa dreifacher Verdünnung annähernd die gleichen Ergebnisse. Ein Lueslebereextrakt stand dem Arionextrakt an Wirksamkeit nahe. Auch ein reiner Cholestearinauszug ist verwertbar. Beim Hechtschen Verfahren kann in seltenen Fällen die Komplementbindung ausbleiben, wenn stärkere Flockung eintritt; das Serum kann nach wenigen Stunden oder Tagen die Eigenschaft der Komplementbindung wieder erhalten. A. v. Notthafft-München.

Weitere Erfahrungen mit der Hechtschen Reaktion (2. Mitteilung), von Heinrich Kogerer-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 29, S. 638.) Untersuchungen mit der Hechtschen Hautreaktion bei Morphinisten — intrakutane Injektion von Morphinlösungen — ergab in 82,75% eine Unterempfindlichkeit der Haut bei chronischen Morphinisten und bei Abstinenz ein Wiederanstieg der Empfindlichkeit. E. Langer-Berlin.

Untersuchung über die Wertigkeit der positiven Ergebnisse von Serumuntersuchungen auf Syphilis bei Schwangeren, Kreißenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen und ihre praktischen Schlußfolgerungen, von P. Esch und J. Wielochowski-Marburg. (M. m. W., 1922, Nr. 25, S. 926.) Bei nichtsyphilitischen Schwangeren, Kreißenden, gesunden Wöchnerinnen der ersten Wochenbettstage und gesunden Neugeborenen ist die WR in ziemlich hohem Prozensatz positiv, Meinicke III in viel geringerem Maße, SGR nicht oder fast nicht. Wahrscheinlich beruht dieses auf einem gesteigerten Gehalt des Serums an Lipoidstoffen. Vom 7. Wochenbettage an fallen die positiven Ergebnisse weg. Zur Erklärung, daß sich auch beim Neugeborenen ähnliche Verhältnisse zeigen, nehmen Verff. den Übertritt lipoidhaltigen mütterlichen Blutes gelegentlich der Plazentarlösung an. Anamnestisch und klinisch gesunde Schwangere, Wöchnerinnen und Neugeborene sind also wegen WR positiv nicht ohne weiteres zu behandeln. In der Schwangerschaft schützt eine Wiederholung der Blutuntersuchung oder eine Salvarsaninjektion, die wohl durch Beeinflussung des Lipoidstoffwechsels dann eine negative WR herbeiführt. Bei Schwangeren der letzten Zeit und Wöchnerinnen wiederholt man die Untersuchung nach dem 7. Schwangerschaftstage, bei den Neugeborenen soll man überhaupt erst nach einigen Wochen untersuchen. A. v. Notthafft-München.

Die Ausflockungsreaktion zur Diagnose der Syphilis als Allgemeingut des praktischen Arztes, von Richard Weiss-Freiburg i. B. (M. m. W., 1922, Nr. 2, S. 51.) Beschreibung eines Besteckes und der Technik der mit seiner Hilfe ausgeführten SGR und MR. A. v. Notthafft-München.

Bemerkungen über die Flockungsreaktion nach Sachs-Georgi und Meinicke (III. Modifikation) und die Trübungsreaktion nach Dold, von Rudolf Strempel-Bonn. (M. m. W., 1922, Nr. 3, S. 85.) Sowohl Meinicke III wie SGR haben sich bewährt und dienen zur Ergänzung der WR. Dold ergab in 92% Übereinstimmung mit WR. Oft geht dort die Stärke der Trübung parallel dem Grad der Hemmung. Trübung und Opaleszenz zu unterscheiden, ist anfänglich allerdings nicht immer leicht. Es empfiehlt sich, nicht nur gegen das Fensterkreuz, sondern auch im Kuhn-Wortheschen Agglutinoskop zu betrachten. A. v. Notthafft-München.

Über die Brauchbarkeit von Meinickes DM, von Ruete-Marburg. (M. m. W., 1922, Nr. 3, S. 83.) Zusammenstellung der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen und eigenen Beobachtungen. Hiernach ist DM äußerst bequem, einfach und zuverlässig, und

Digitized by Google

ergibt weniger unspezifische und bei Syphilis mehr positive Resultate als die WR. Am Schlusse einer Behandlung genügt ein negatives Resultat der WR nicht, es ist vielmehr die Behandlung, wenn möglich, bis zum Negativwerden beider Reaktionen durchzuführen. Für die Untersuchung der Spinalflüssigkeit ist die WR vorzuziehen, da DM hier nur bei stark positiven Flüssigkeiten ein positives Resultat ergibt. Da die WR (im Blute) gelegentlich positive Resultate gibt, wo DM negativ ist, sind immer beide Methoden auszuführen. Bei Benutzung der Zentrifugiermethode nach Gaehtgens sind nur ganz frische Ansätze zu benutzen, da ältere leicht unspezifische Flockungen ergeben. Bei der Auswahl der Ammen darf man, da in der Geburtsperiode gern unspezifische Reaktionen erfolgen, sich nicht auf die Seroreaktion verlassen, sondern muß auch die klinische Untersuchung herbeiziehen. DM ist hier spezifischer als WR.

A. v. Notthafft-München.

Die Kombination der Sachs-Georgi-Reaktion (SGR) und der dritten Modifikation der Meinicke-Reaktion (DMR) bei der Serodiagnostik der Lues, von W. F. Winkler-Berlin. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 5, S. 374—378.) Bei gleichzeitigem Gebrauch der SGR und DMR kann die serologische Diagnose auf Lues mit größerer Sicherheit gestellt werden. Als völliger Ersatz für die WR können beide Flockungsreaktionen nicht empfohlen werden.

F. Harry-Berlin.

Neuere Erfahrungen mit der 3. Modifikation der Meinicke-Reaktion (DM), von W. F. Winkler. (M. Kl., 1922, Nr. 4, S. 114—115.) Die DM bedeutet wegen ihrer Einfachheit gegenüber der MR einen großen Fortschritt für die Praxis. Im Zusammenhang mit der WR kann sie für die Laboratorien durchaus empfohlen werden. Soll indessen nur ein Verfahren angewandt werden, so gibt Verf. nach wie vor der WR den Vorzug, da neben dem Ausfall an positiven Ergebnissen die DM bei Liquoruntersuchungen versagt und bei Retroplazentarblut und auch häufig (19,35%) positive Resultate gibt, ohne daß Anhaltspunkte für Lues vorliegen.

G. Heymann-Elbing.

Über Methoden und Modifikationen des serologischen Syphilisnachweises mittels Flockung, von H. Sachs-Heidelberg. (D. m. W., 1922, Nr. 27, S. 891—894.) Verf. gibt in längeren Ausführungen einen Überblick über die historische Entwicklung der Flockungsmethoden, um den Prioritätsstreit zwischen Meinicke und Sachs-Georgi zu schlichten. Die Trübungsreaktionen von Dold stellen nur eine Modifikation der SGR dar.

F. Harry-Berlin.

Über den hemmenden Einfluß von Saponin auf die Luesflockungsreaktion (Sachs-Georgi- und Meinicke-Reaktion), sowie auf die Flockungsreaktion zum Nachweis heterogenetischer Antikörper nach Sachs-Guth im Gegensatz zur negativen Einwirkung von Saponin auf die Präzipitationsreaktion nach Uhlenhuth, von Paul Niederhoff, Phys. Inst. Berlin. (M. m. W., 1922, Nr. 25, S. 929.) Die Flockenbildung einer positiven SGR wird durch Saponin aufgehoben, die von Meinicke geschwächt, Sachs-Guth in seinem positiven Reaktionsablauf fast vollständig gestört. Wahrscheinlich greift das Saponin die Extraktlipoide an. Die Präzipitation nach Uhlenhuth wird nicht beeinflußt.

A. v. Notthafft-München.

Die Vorzüge der direkten Ausflockungsmethode von Vernes bei der Serodiagnose der Syphilis (Les avantages de la syphilimetrie par la méthode de floculation directe de Vernes), von Helouin. (J. de Méd. de Paris, 1922, Nr. 32.) Fordert für diese Methode die Priorität gegenüber der Methode von Sachs-Georgi, der sie auch weit überlegen sei.

E. Levin-Berlin.

Zur Kenntnis des Flockungsvorganges bei den Ausflockungsproben, von H. Schmidt-Hamburg. (Med. Kl., 1921, Nr. 20, S. 598.) Verf. bestätigt im wesentlichen die Auffassung von Meinicke, daß an der Flockung sich Lipoide beteiligen, und ferner, daß der Flockungsvorgang das Ergebnis einer Bindung zwischen den Lipoiden des Auszugs und einem Lipoidantikörper im Serum sein muß. Inwieweit im Sinne der von Sachs vertretenen Auffassung die Serumlipoide sich an der Bindung beteiligen, ließ sich aus obigen Versuchen nicht entnehmen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Serodiagnose der Syphilis durch Ausflockung, von W. Gaehtgens-Hamburg. (D. m. W., 1922, Nr. 31, S. 1045—1046.) Verf. nimmt für sich in Anspruch, als erster den Wert des von Bruck zur raschen serologischen Luesdiagnose angegebenen Zentrifugierverfahrens erkannt und beschrieben zu haben.

F. Harry-Berlin.

Erwiderung auf obige Ausführungen, von E. Bruck-Altona. (D. m. W., 1922, Nr. 31, S. 1046.) Das Wesentliche der neuen serologischen Reaktion ist nicht die Ausschleuderung, sondern der Zusatz eines besonderen Mediums zum Herzextrakt, der

Digitized by Google

eine Ausschleuderung feinst suspendierter Lipoidteilchen auf die Oberfläche der Flüssigkeitssäule bewirkt und dadurch in einfacher Weise die Flockenbildung zur Darstellung bringt. F. Harry-Berlin.

Farbenkolloide im Dienste der Serologie (vorläufige Mitteilung), von Hugo Hecht-Prag. (Med. Kl., 1922, Nr. 14, S. 439—440.) Gegenstand von Untersuchungen, über die berichtet wird, war das Verhalten verschiedener Farbenkolloide bei Flockungsreaktionen und der WR. G. Heymann-Elbing.

Die kolloidale Benzoeharzreaktion (La réaction du benjoin colloidal), von E. Benveniste-Genf. (Revue Méd. de la Suisse romande, 1922, Nr. 6, S. 353—358.) Im Anschluß an die der Langeschen Gold- und der Emmanuelschen Mastixreaktion zugrundeliegenden Annahme der gegenseitigen Ausflockung von kolloidalen Substanzen und kolloidalen Eiweißkörpern haben Guillain, Laroche und Léchelle Benzoeharz verwendet und eine Methode ausgearbeitet. (Beschreibung der Technik C. R. Soc. de Biol., 17. Juli 1920, S. 1077.) Sie fanden ihre Reaktion übereinstimmend positiv mit der WR bei progressiver Paralyse und fortschreitender Tabes; das Resultat war schwankend bei zum Stillstand gekommener Tabes; negativ bei allen nichtsyphilitischen Affektionen des Zentralnervensystems. Verf. kommt in seiner Nachprüfung zu folgenden Schlüssen: Die Benzoeharzreaktion ist eine sichere, technisch leichte und schnell auszuführende Methode zur serologischen Diagnostik der Syphilis des Zentralnervensystems. Bei nichtsyphilitischen Affektionen des Nervensystems ist die Reaktion niemals positiv. Manchmal besteht eine geringe Unstimmigkeit im positiven Grad zwischen Benzoereaktion und WR. Mit Hilfe des Ultramikroskopes kann man die Ausflockung schon nach einigen Minuten feststellen. H. Soltmann-Leipzig.

Über die Natur der Mastixreaktion im Liquor cerebrospinalis (vorläufige Mitteilung), von Ernst Sahlgren-Stockholm. (M. m. W., 1922, Nr. 17, S. 618.) Die Schutzstoffe des Liquors, die das Mastixsol gegen Kochsalz schützen, sind nach diesen Versuchen anorganische Körper; sie wirken durch ihre alkalischen Eigenschaften. Die pathologische Mastixkurve wird, abgesehen von der Wasserstoffionenkonzentration, von der Menge des Gesamtglobulins, vielleicht auch des Albumins und dem quantitativen Verhältnis der Globulinfraktionen beeinflußt. Bei den luischen Krankheiten, wo die Eiweißmengen verhältnismäßig klein sind, liegt deshalb das Ausflockungsmaximum links in der Verdünnungsreihe, und zwar um so mehr nach links, je mehr Euglobulin, um so mehr nach rechts, je mehr Pseudoglobulin vorhanden ist. (Unterschiede der Kurven bei Paralyse, Tabes und Gehirnsyphilis.) Bei den nichtluischen akuten Hirnhautentzündungen und bei Rückenmarkskompression, wo die Eiweißmengen verhältnismäßig groß sind, liegt das Ausflockungsmaximum in der Mitte der Verdünnungsreihe, besonders bei viel Pseudoglobulin. A. v. Notthafft-München.

Die klinische Bedeutung der Weichebrodtschen „einfachen Liquorreaktion" (Sublimatreaktion), von W. Görz-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 19, S. 626.) Die Pandysche Reaktion ist das feinste Eiweißreagens. Sie kann gelegentlich auch bei normalem Liquor positiv ausfallen. Nur dem negativen Ausfall kommt Bedeutung zu. Die Sublimatreaktion kommt hinsichtlich ihrer Schärfe der Phase I gleich. Spezifität für luetische oder andere Nervenerkrankungen besitzt sie nicht. Mitunter fällt sie bei nichtluetischer Meningitis schwächer als die anderen Reaktionen aus.

F. Harry-Berlin.

Über den Wert der Konzentrationsbestimmung des Liquor cerebrospinalis bei Erkrankungen des Zentralnervensystems, von Gerhard Wüllenweber, Psych. Univ.-Klin. Jena. (M. m. W., 1922, Nr. 25, S. 927.) Die relativ einfache Technik der Konzentrationsbestimmung mit dem Löweschen Interferometer ermöglicht die Ablesung feinster Schwankungen in der Konzentration von Flüssigkeiten und ergänzt als rein quantitative Methode die mehr oder minder qualitativen übrigen Liquorreaktionen. Organische Nervenleiden haben im ganzen höhere Konzentrationswerte als nichtorganische. Die Metalues hat besonders hohe Werte. Zwischen Interferometerwert und einzelner Liquorreaktion besteht kein Parallelismus. Doch ist bei Höhe des einen in der Regel auch Höhe des anderen gegeben. Nach einer Syphilisbehandlung erniedrigt sich der Interferometerwert. Nach dem Tode stürzt er förmlich.

A. v. Notthafft-München.

Serodiagnose und Blutchemismus, von Carl Lange-Berlin. (Kl. W., 1922. Nr. 21 und 22, S. 1040 und 1092.) Verf. bespricht ausführlich die mögliche Beeinflussung der Serodiagnose der Lues durch eine Veränderung des Blutchemismus. Aus der großen Zahl nimmt er nur 3 besonders wichtige Gruppen heraus. Die Urämie,

Digitized by Google

die Hydrämie und den Ikterus. Letzterem widmet er eine besonders eingehende Besprechung wegen der großen Bedeutung, die dem Ikterus bei Lues zukommt. Man muß zwischen dem Blutikterus bei Bilirubinämie, die den Ausfall der Serodiagnose nicht beeinflußt, und dem Ikterus bei Cholasidämie, bei reichlichem Vorhandensein von Gallensäuren unterscheiden. Die Gallensäuren wirken „antigen" artig, gleichsam extraktverstärkend, so daß bei ihrem Vorhandensein, z. B. bei der akuten Leberatrophie, der positiven WR keine ausschlaggebende Bedeutung zukommt. Leider gibt es keinen sicheren Nachweis der Gallensäuren im Blut, so daß ein Unterschied zwischen den beiden Formen schwer feststellbar erscheint. Da der Komplementgehalt des Blutes proportional dem Gehalt an Gallensäuren abnimmt, während bei Bilirubinämie nur ausnahmsweise eine Komplementzerstörung stattfindet, und bei normalem Serum der Komplementgehalt konstant ist, kann man durch Komplementtitrierung einen Anhaltspunkt für den Wert der WR beim Ikterus gewinnen. Daher ist z. B. bei akuter Leberatrophie eine positive WR bei gleichzeitigem totalem Komplementschwund nicht als beweisend für Lues anzusehen. — Die Urämie beeinflußt entgegen der Cholasidämie die positive Seroreaktion im abschwächenden Sinne und zwar infolge der Veränderung der Serumeiweißkörper. Ein sicherer Aufschluß darüber, welche Stoffe hier einen Einfluß ausüben, fehlt noch. Fest steht, daß dem Harnstoff ein nicht so starker abschwächender Einfluß auf die positive Reaktion zukommt, wie dem Urämieserum als solchem, so daß wohl andere isotrop wirkende Körper die Abschwächung veranlassen. Es findet sich eine Vermehrung der Albumine und Abnahme der Globuline. Es wäre daher notwendig, ähnlich wie in der Liquorpathologie, den Quotienten Globulin: Albumin festzustellen. — Bei der Hydrämie erfolgt infolge der Vermehrung der Blutmenge eine Abschwächung des Ausfalls, was für die Lues bei Herz- und Aortenaffektionen von besonderer Bedeutung ist. Alle Fälle mit erhöhtem Blutdruck sind verdächtig auf eine Vermehrung der Blutmenge. Hieraus erklärt sich das oft eintretende Versagen der WR bei Herz- und Aortenaffektionen bei sicherer Lues. Daher muß für alle von der Norm abweichenden Fälle eine allen Anforderungen genügende Kontrolltechnik geschaffen werden. Für den Ikterus ist sie in der Komplementtitrierung vorhanden, für die anderen Erkrankungen empfiehlt Verf. „das Prinzip der gleitenden Gebrauchsdose", worüber Näheres im Original nachgelesen werden muß. Auch für die Liquoruntersuchung wird vom Verf. die Einführung der „gleitenden Gebrauchsdose" für unbedingt notwendig erachtet.

E. Langer-Berlin.

Über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen im Zitratblute luischer Säuglinge, von Kurt Bätzold, Derm. Stadtkrankenhaus Hannover. (M. m. W., 1922. Nr. 23, S. 857.) Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen ist bei Syphilis wesentlich größer als sonst. Im Verlauf der antisyphilitischen Behandlung geht die Senkungsgeschwindigkeit wieder etwas zurück. Mit dem Übertritt erscheinungslos geborener Kinder aus dem Inkubationsstadium in das Stadium des Ausschlags tritt das Bild der gesteigerten Senkungsgeschwindigkeit auf. Diese beträgt bei erwachsenen Männern 7—9, erwachsenen Frauen 5—6 und nichtsyphilitischen Säuglingen $1^1/_4$—$2^1/_4$ Stunden, bei syphilitischen Neugeborenen dagegen nur 19—38 Minuten.

A. v. Notthafft-München.

Die Liquordiagnostik im Dienste der experimentellen Kaninchensyphilis (8. Mitteilung), von F. Plaut und P. Mulzer, Dtsch. Forsch-Anstalt für Psychiatrie München. (M. m. W., 1922, Nr. 14, S. 496.) Reihenpunktionen an Kaninchen mittels der Plautschen Methode: Wenn Pleozytose eintritt, so geschieht dieses sehr bald, etwa 3—4 Wochen nach der Impfung (einmal schon nach 7 Tagen). Nach 2 Monaten kann der Liquor wieder normal sein, er kann es aber nach 10 Monaten noch nicht sein. Schwankungen im Zellgehalt, selbst richtige Rückfälle nach Eintritt normaler Verhältnisse. Die Liquorveränderung kann das einzige Symptom der Kaninchensyphilis sein. Sie kann den Schankern um Wochen, selbst Monate vorausgehen; in der Zwischenzeit ist die Syphilis aus den inneren Organen bereits abimpfbar. Die schon früher gemachte Beobachtung, daß von den Spirochätenstämmen der Verff. der eine die Neigung hatte, die Meningen zu befallen, der andere nicht, wurde nun bei intrakardialer und subduraler und an älteren Tieren auch bei intravenöser Impfung wieder festgestellt. Da nach subduraler Impfung je nach dem Charakter des Giftes die Pleozytose des Liquors entweder überhaupt ausblieb oder sehr spät eintrat, nehmen die Verff. an, daß die Spirochäten nur sekundär auf die Meningen übergehen. Weitere Untersuchungen zeigten, daß einmal Blutabimpfungen von seronegativer Menschensyphilis Liquorveränderung beim Kaninchen hervorrufen und daß diese ohne andere Zeichen der Tiersyphilis auftreten kann.

Digitized by Google

Plaut und Mulzer glauben, daß bisher die Überimpfung von Paralytikern auf Kaninchen nicht nachweisbar gelungen war, und daß es sich bei den Erfolgen französischer Forscher um Kaninchenspirochätenerkrankung gehandelt hat. Dagegen gelang es nun, durch Überimpfung der Hirnrinde von Paralytikern Liquorveränderungen zu erzeugen; Abimpfungen von den Organen dieser Tiere auf andere hatten in vivo wieder nur die einzige Folge der Pleozytose. Dieses spricht für eine biologische Eigentümlichkeit der Paralysespirochäten. A. v. Notthafft-München.

Zur Technik der Blutentnahme für Wassermann-Reaktion bei Säuglingen, von J. Steinhardt-Nürnberg. (D. m. W., 1922, Nr. 31, S. 1046.) Verf. empfiehlt nach Tieflagerung des Kopfes die Blutentnahme aus einer oberflächlichen Hautvene der seitlichen Halsgegend. F. Harry-Berlin.

Über Komplementkonservierung, von Johann Hammerschmidt-Graz. (M. m. W., 1922, Nr. 4, S. 144.) Zurückweisung von Angriffen gegen die Konservierungsmethode des Komplementserums (Zusatz von Natrium aceticum). A. v. Notthafft-München.

e. *Therapie.*

Die Abortivbehandlung der Syphilis (La terapia precoce abortiva della sifilide), von P. Pediconi. (Il Policl., 1922, Nr. 29.) Bericht über eigene Resultate mit der Abortivkur bei 47 wassermann-negativen Primärfällen. Resultate: 5 klinische, 2 serologische Rezidive, sonst alle Fälle symptomlos, bei negativer WR geblieben, und zwar bei einer Beobachtungsdauer von 1—9 Jahren. 4 von diesen Fällen reinfizierten sich mit Lues. Die Behandlungsmethode war meist kombinierte Hg-Salvarsankur. E. Freund-Triest.

Moderne Behandlung der Tabes und Paralyse, von E. Mattauschek-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 31, S. 665.) Für einen Fortbildungskurs gehaltener Vortrag, in dem für den Dermatologen nichts Neues enthalten ist. Empfehlung der kombinierten Hg-Salvarsankur. Kombination spezifischer und unspezifischer Behandlung. Fiebertherapie. Symptomatische Behandlung. Übungstherapie. Operatives Vorgehen bei therapeutisch sonst nicht beeinflußbaren Krisen. Ablehnung der endolumbalen Behandlung für die Praxis. E. Langer-Berlin.

Moderne Syphilistherapie (Therapeutique antisyphilitique moderne), von G. Fassina. (J. de Méd. de Paris, 1922, Nr. 24.) Für die, die Salvarsan schlecht vertragen, bzw. um die Verträglichkeit zu steigern, empfiehlt sich die stomachale Anwendung von Hg + J in Form von Lipogyre = éther éthyl-diiodobrassidique hydrargyré. Dieses ist gut verträglich und wirksam. E. Levin-Berlin.

Zur Behandlung der Frühsyphilis. Grundsätzliches über Biologie und Methodik, von G. A. Rost-Freiburg i. Br. (Kl. W., 1922, Nr. 4 und 5, S. 175 und 223.) Verf. empfiehlt eine chronisch intermittierende Behandlung, die aber wegen der Gefahr der Rezidive, besonders der Neurorezidive ausreichend sein und genügend oft wiederholt werden muß. Dabei darf die Kur den Patienten nicht schädigen, auf Überempfindlichkeit einzelner Organe resp. des ganzen Individuums ist zu achten und Rücksicht darauf zu nehmen. Neben der spezifischen Behandlung ist auch eine allgemeine roborierende Therapie notwendig. Verfehlt ist jeder Schematismus in der Behandlung. Bei der Therapie in der Primärperiode der Syphilis ist die sofortige energische Salvarsanzufuhr dringend nötig. Hohe Dosen in kurzen Abständen; 5—6tägige Wiederholung bei einer Zufuhr von etwa 2.5—3,5 g Neosalvarsan. Wiederholungskur in 6 Wochen. Häufige Blutkontrolle zur Erkennung positiver Schwankungen. Vor allzu großem Optimismus gegenüber der Abortivbehandlung wird gewarnt. Lieber etwas intensiver als zu wenig behandeln. Verf. läßt auch bei Abortivkuren noch eine 3. und 4. Kur folgen. Für die nicht mehr primäre Lues empfiehlt Verf. eine sich über lange Zeit hinziehende chronisch intermittierende Behandlung, und zwar macht Verf. hier eine kombinierte Hg-Salvarsantherapie. Über die Dosierung des Verf. siehe Originalarbeit. Die Behandlung der Lues soll nur übernehmen, wer genügend Erfahrung und Übung darin besitzt. Die Wichtigkeit der Zuziehung anderer Fachärzte (Augen-, Ohren-, Nerven-) wird betont. E. Langer-Berlin.

Die augenblickliche, probeweise auszuführende antisyphilitische Behandlung, von Meschtscherski. (Medicinskaja Gaseta (russisch), 1922, Nr. 3, S. 4.) Trotz aller diagnostischen Hilfsmittel sind wir auch heute noch gezwungen, mitunter eine antisyphilitische Behandlung zur Diagnose ex juvantibus vorzunehmen. Dieselbe muß in dem Falle zwei Bedingungen erfüllen: 1. von genügender Dosis sein und 2. unter allmählicher Steigerung der Dosis vor sich gehen. Für die Jodalkalien hält M. 1,5—2,0,

Digitized by Google

für die wirksame Tagesdosis beim Erwachsenen, rät aber, dieses Quantum auf 4—5mal und nicht auf 2mal zu verteilen. Jeden 5.—6. Tag muß die Dosis um 0,5 pro die gesteigert werden. Bei Unverträglichkeit der Jodalkalien muß 1. eine chlorfreie Diät versucht werden und 2. das Jodalkali in der Formel von Bnooq gegeben werden: KJ (resp. Na oder Lithium) 20,0, Natri. arsenicosi 0,02, Tincturae belladonnae gtt. XXX, Aq. destill. 80,0 N. V. Ein Kaffeelöffel enthält davon 1,0 Jodkali. Zuweilen wird die Tinct. jodi pro usu interno besser vertragen, wovon man ruhig 3mal 25—50 Tropfen pro Tag geben kann. Das Hg empfiehlt Verf. zur subkutanen, resp intramuskulären, am besten intravenösen Injektion zu diagnostischen Zwecken. Für den letzteren Fall rät er zu: Hg bijod. rubr., Natr. jod. sicc. et puri aa 0,6, Aq. destill. steril. 30,0 N. V. 1 ccm = 0,009 reines Hg. Von den zu injizierenden Hg-Präparaten stellt M. das HgJ_2 überhaupt an erste Stelle, an zweite das $HgBr_2$, an dritte das Kalomel und an vierte das Hg salicyl. In bezug auf das Salvarsan ist Verf. zu folgenden Schlüssen gekommen: Die reine Salvarsantherapie gibt sowohl bei Fällen von frühzeitiger, wie später Syphilis der inneren Organe oder des Nervensystems keinen Vorzug vor der Jodquecksilbertherapie. Die Methode der langsam zu erhöhenden Salvarsandosen verdient entschiedenen Vorzug vor derjenigen mit großen Dosen, da sie vor der Gefahr der Herxheimerschen Reaktion wie vor unangenehmen Nebenerscheinungen schützt. Eine Kombination aller drei Mittel ist sehr zu empfehlen bei Myelitis, sklero-gummösen Infiltrationen usw. Selbstverständlich gibt bei Personen, die lange und vergeblich unter einer Behandlung gestanden haben, ein Wechsel des Mittels guten Erfolg. A. Jordan-Moskau.

Die Therapie der Tabes, von R. Hennebeeg-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 28, S. 1415.) In einem ausführlichen für den Praktiker bestimmten Übersichtsreferat beschäftigt sich Verf. mit der therapeutischen Beeinflußbarkeit der Tabes. Eine sichere Beeinflussung durch die Therapie ist nicht immer zu gewährleisten, auch spontane Besserungen sind nicht allzu selten. Verf. hat den Eindruck, daß die Tabes vielleicht milder als früher verläuft. Bezüglich der antiluetischen Behandlung steht er auf dem Standpunkte der meisten Autoren und wendet milde, niedrig dosierte kombinierte Kuren an. Von der umständlichen und für den Patienten qualvollen intraduralen Salvarsantherapie rät Verf. ab. Intravenös gibt Verf. Salvarsan erst nach Einleitung der Kur durch Hg. Die Kombinationen der antiluetischen Behandlung mit bakterieller und Reizkörpertherapie werden besprochen, desgleichen die symptomatische und eventuelle chirurgische Behandlung. Wichtig ist die Übungstherapie. Besprechung der Behandlung des Mal perforant. Bedeutung der Behandlung in Badeorten. Erwähnung neuerer Versuche durch orthopädische Apparate die fehlende Tiefensensibilität und Hypotonie zu ersetzen. E. Langer-Berlin.

Behandlung der Syphilis des Auges (Traitement de la syphilis oculaire), von Boussi. (J. de Méd. de Paris, 1922, Nr. 21.) Für das Auge sind keine besonderen Medikamente erforderlich, wohl aber eine besondere Art ihrer Anwendung, je nachdem eine schnelle Wirkung (bei Iritis, Chorioiditis) oder eine mehr prolongierte (bei Augenmuskelerkrankungen, alter Chorioiditis, kongenitalen Erkrankungen) erzielt werden soll. Als Medikamente der Wahl gelten Novarsenobenzol und Quecksilberzyanür. Ersteres subkutan senkrecht in die Gesäßhaut, in 1%iger Novokainlösung gelöst 4—6—8 Tage hintereinander steigend von 0,1 Novarsenobenzol 0,15—0,2 evtl. 0.3, dann seltener 2—3tägig bis zu einer Gesamtdosis von 3—5 g. Falls es nicht vertragen wird, Quecksilberzyanür subkutan oder intravenös, von einer 1%igen Lösung des Mittels + 1% Novokain 4—6mal hintereinander alle Tage, dann einen Tag um den anderen 1 ccm, im ganzen 20—25 Einspritzungen. In besonders schweren Fällen kann auch beides kombiniert werden. Bei Erscheinungen als Folge von Lues cerebrospinalis oder nervosa kontinuierliche Behandlung, ohne massive Dosen: 4 Wochen lang alle 2—3 Tage Novarsenobenzol 0,1—0,15—0.2 intravenös, nach einigen Tagen Ruhe alle 2—3 Tage Quecksilberzyanür 0,01, im ganzen 20 Einspritzungen, hierbei gleichzeitig täglich 2,5—3 g KJ. Diese Behandlung wird mit Pausen von 2—3 Wochen nach Bedarf wiederholt. Falls Quecksilberzyanür, das beste Mittel, nicht vertragen wird, Quecksilberbijodür, Enesol, Quecksilberbenzoat, Kalomel, von denen jedoch stärkere Dosen nötig sind. Evtl. Suppositorien von Unguent. ciner. (Unguent. mercuriale duplex 0,1 cg auf 2 g But. Cacao) alle 1—2 Tage, 20—30 Tage lang. Lokal können bei Iritis, Keratitis interstitialis subkonjunktivale Einspritzungen von Quecksilberzyanür in Betracht kommen, einige Tropfen einer Lösung auf Novokain 1 : 1000. Bei schwerer Irititis 1%ige Salvarsanlösung + Novokain subkonjunktival oder wiederholte Instillationen einer 10%igen Neosalvarsanlösung. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Zur Verhütung der Stomatitis mercurialis, von Hermann-Essen. (M. m. W., 1922, Nr. 17, S. 623.) Die Mundhöhle wird über Nacht nach innen und nach außen von den Zähnen mit Gaze ausgestopft. Von dem an sich richtigen Gedanken ausgehend, daß der exophylaktische Charakter der Haut für einen besonderen Wert der Schmierkuren sprechen könnte, wird die Zunahme der Tabes auf die Injektionskuren und auf das Salvarsan bezogen. A. v. Notthafft-München.

Todesfall nach einmaliger Novasurolinjektion, von Bernhard Marlierer. (Med. Klin., 1922, Nr. 4, S. 113.) Nach einmaliger intramuskulärer Novasurolinjektion trat eine tödliche Enzephalitis auf. Wahrscheinlich hat die luetische, sich nicht oder noch nicht manifestierende Gehirnerkrankung durch die Injektion erst den verhängnisvollen Verlauf genommen. G. Heymann-Elbing.

Zur Kenntnis der toxischen Nebenwirkungen des Novasurols, von K. O. Rosenthal-Berlin-Reinickendorf. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 7, S. 276—277.) In zwei Fällen trat eine „Colitis haemorrhagica mercurialis" auf, einmal nach der ersten, das andere Mal nach der zehnten Injektion. Die toxischen Wirkungen blieben rein auf den Dickdarm beschränkt, verliefen relativ harmlos und vergingen rasch. Verf. schließt sich der Auffassung Brooks an, der jüngst über 4 Fälle berichtete, wonach in manchen Fällen die Ausscheidung des Hg nur in den Dickdarm erfolgt. Wahrscheinlich ist auch noch eine besondere Gewebsdisposition mit im Spiele. H. Soltmann-Leipzig.

Zweimaliges Neurorezidiv nach kombiniert behandelter sogenannter seronegativer Primärlues, von Franz Krömeke-Münster. (M. m. W., 1922, Nr. 18, S. 668.) Die Behandlung war zweimal ungenügend gewesen. A. v. Notthafft-München.

Die Mischung der Quecksilber- und Salvarsanpräparate und ihre therapeutische Anwendung, von Stephan Rothmann-Gießen. (M. m. W., 1922, Nr. 12, S. 427.) Versuche an Tieren zeigten, daß das Sublimat, in der üblichen Menge dem Salvarsan zugesetzt, keine giftig wirkenden Zersetzungsprodukte des Salvarsan entstehen läßt, und daß das Salvarsan so als Schutzkolloid für das ausfallende metallische Quecksilber wirkt, daß die Dispersion der Quecksilberteilchen erhalten bleibt und Embolien nicht zu fürchten sind. Dagegen sind die therapeutischen Resultate der Gießener Hautklinik nicht zufriedenstellend, denn die Infiltrate und Drüsenschwellungen bilden sich langsam zurück und die Rezidive sind häufiger als bei gewöhnlichen Kombinationskuren. Das endovenös eingeführte kolloidale Quecksilber wirkt eben zu kurz. A. v. Notthafft-München.

Entsteht bei der Mischspritze nach Lesser kolloidales Quecksilber?, von Forster-Buer. (M. m. W., 1922, Nr. 19, S. 709.) Polemik gegen den Artikel von Rothmann (siehe voriges Referat). In der Mischspritze entsteht nur reguliniebes, nicht kolloidales Quecksilber. Sublimat- und Cyarsalmischungen weisen feinere Quecksilberverteilung auf als Novasurol, sind daher wohl wirksamer. Die mangelhafte Wirksamkeit des Cyarsals konnte Forster nicht bestätigt finden. A. v. Notthafft-München.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

XIII. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in München am 20.—23. Mai 1923. Die Herren Kollegen, welche, soweit sie nicht schon Vorträge angemeldet haben, am Kongreß teilzunehmen beabsichtigen, werden gebeten, dies schon jetzt Prof. L. v. Zumbusch, München, Pettenkoferstr. 8a, mitzuteilen; auch wird gebeten, Wünsche wegen Wohnung usw. schon jetzt zu äußern.

Ernannt: Dr. Lepoutre in Lille zum Professeur adjoint für Urologie; Dr. Mackenzie zum Lektor für Dermatologie an der neugegründeten Universität zu Witwatersand (Südafrika).

Gestorben: San.-Rat Dr. Albin Fritz Schanz in Dresden, bekannt durch seine Arbeiten über Lichtbiologie und Pseudogonokokken. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

31. März 1923 | Nr. 13 | Band 76

Aus der Abteilung für Hautkranke der Graf-Albert-Apponyi-Poliklinik in Budapest (Vorstand: Prof. L. Török).

Über das Verhältnis des Ekzems zur artifiziellen Hautentzündung und zur Impetigo.

Von

Prof. Ludwig Török.

Die Untersuchungen, welche sich die Erforschung der äußeren Ursachen des vesikulösen und nässenden Ekzems zum Ziele gesteckt hatten, lieferten das Ergebnis, daß chemische und physikalische Einwirkungen sowie pyogene Mikroorganismen bei seiner Entstehung bzw. bei seinem Bestande eine Rolle spielen. Hieraus ergab sich die weitere Aufgabe, durch Vergleich des ekzematösen Hautbefundes mit dem der artifiziellen Hautentzündung und der Impetigoarten festzustellen, ob nicht je nach der Präponderanz der einen oder der anderen Art dieser ätiologischen Faktoren verschiedene klinische Entitäten zu unterscheiden wären. Gehen wir mit diesem Plane an die Untersuchung der Ekzeme, so lassen sich leicht zwei Gruppen herausheben, von welchen die erste dem Typus der artifiziellen Hautentzündung, die zweite dem der Impetigo entspricht. Bei beiden gelangen die für das Ekzem bezeichnendsten Veränderungen der Haut zur Beobachtung, nämlich die Bildung von Bläschen auf hyperämischer Basis und der Austritt eines serösen Exsudates aus punktförmigen Öffnungen der Epidermis. Diese sind die Folgen einer für das Ekzem charakteristischen oberflächlichen Hautentzündung und Epidermisschädigung mäßigeren Grades. Diese Entzündung verursacht keinen so heftigen Ansturm des Exsudates gegen die Oberfläche, die Epidermisschädigung keine so bedeutende Lockerung des Zusammenhanges der Epithelien, daß die Epidermis in toto von der Papillarschicht losgelöst oder verschiedene Schichten derselben auseinandergerissen werden würden. Auch eine Kolliquation der Zellen der Malpighischen Schicht findet nicht in nennenswertem Maße statt. Die Schädigung der Epidermis gibt sich vorzüglich darin kund, daß ihr Widerstand gegen das Eindringen des Exsudates gebrochen wird, ihre Zellen voneinander abgedrängt und flach gedrückt werden, die Epidermis durch ein interzelluläres Ödem sozusagen aufgewühlt wird. Aus den weiten interzellulären Räumen, welche sich zu Bläschen vereinigen, ergießt sich nach Loslösung der bedeckenden Epidermisschicht das Exsudat auf die freie Hautoberfläche.

Ganz die gleichen Veränderungen sind überaus häufig auch bei

Digitized by Google

artifiziellen Hautentzündungen zugegen, deren Hautveränderungen ja in diesem Falle von manchen als ekzematoid bezeichnet werden.

Bei den Ekzemen vom Typus der artifiziellen Hautentzündung findet man aber noch weitere Analogien zu letzterer. Die flächenhaft entzündeten Herde solcher Ekzeme haben nämlich, ebenso wie die der Dermatitis artificialis, keine bestimmte Form. Sie sind, wie Besnier an einer Stelle von dem Ekzem sagt, amorph. Oder besser gesagt: sie besitzen ganz willkürliche, unregelmäßige Formen, und ihre Ränder sind ebenso unscharf und verwaschen wie die der artifiziellen Hautentzündung. In ihrer Nachbarschaft sind gleicherweise kleinste entzündlich gerötete und ödematöse Knötchen, kleinste Bläschen mit klarem oder getrübtem Inhalt zu sehen, sowie einzeln stehende punktförmige Öffnungen der Epidermis, aus welchen sich seröses Exsudat ergießt. Die flächenhaften Herde vergrößern sich ganz wie die der artifiziellen Hautentzündung durch Vermehrung und Konfluieren dieser kleinen Herde ihrer unmittelbaren Nachbarschaft und nicht durch zirzinäres Weiterschreiten.

Untersuchen wir Ekzemfälle von diesem Aussehen und dieser Verlaufsweise der Hautveränderungen in ätiologischer Hinsicht, so läßt sich durch genaue anamnestische Erhebungen und durch Verfolgen des Verlaufs in einem hohen Prozentsatz feststellen, daß für den Ausbruch der Hautentzündung, für ihre Exazerbationen und Rezidive, sowie für ihre längere Dauer in der Tat wiederholte äußere Einwirkungen chemischer und physikalischer Natur verantwortlich sind, und daß mit dem Aufhören der letzteren auch das Ekzem vergeht. Außerdem kommt bei sehr vielen Ekzemfällen dieser Art auch den pyogenen Mikroorganismen, welche sich auf der entzündeten Haut niedergelassen haben, eine ätiologische Rolle zu. Hierfür spricht, daß sich, wie Rajka nachgewiesen hat, im Verlaufe der betreffenden Ekzeme eine Allergie der Haut entwickelt, welche auf die pyogenen Mikroorganismen zu beziehen ist. Der Hautbefund bleibt aber trotz der Teilnahme der pyogenen Mikroorganismen an der Produktion der Hautveränderungen der gleiche wie der oben beschriebene, der der artifiziellen Hautentzündung ähnliche; höchstens nimmt die Menge des Exsudates bei stärkerer Aktivität der pyogenen Mikroorganismen in hohem Maße zu, oder es erhält einen eitrigen Charakter.

Es gibt aber Ekzemfälle nachweislich artifiziellen Ursprungs, bei welchen der exsudative Prozeß bzw. die Epidermisschädigung so gering ist, daß es weder zur Bildung eigentlicher Bläschen, noch zum Ausströmen des Exsudates an der freien Hautoberfläche kommt. Statt der Bläschen und der nässenden Epidermisöffnungen finden wir bloß eine hyperämische Hautfläche, welche mit kleinen ödematösen Erhebungen der Epidermis und der Papillarschicht dicht besetzt ist. Später kommt es zu feiner Schüppchenbildung. Die Schüppchen bestehen zumeist aus einem zentralen, punktförmigen, bräunlichen Teil, welcher von einem weißen, schmalen Hornsaum umgeben ist. Der zentrale bräunliche Teil ist exsudiertes Serum, welches mit der Hornschicht zu einer Schüppchenkruste verbacken ist, und welches in kleinsten interepithelialen Höhlungen enthalten war. Der weiße Saum wird von der Hornschicht gebildet, welche die Decke dieser kleinsten, von serösem Exsudat erfüllten Hohlräume mit der benachbarten Hornschicht verband. Auf diese rudimentäre Weise

Digitized by Google

verrät sich der für das Ekzem charakteristische exsudative Prozeß und die bezeichnende Epithelveränderung auch noch in diesen Fällen.

Auch dieses schwächste klinische Zeichen des interepithelialen Exsudates kann aber fehlen. In solchen Fällen bleibt die Entzündung auf hyperämisch-ödematöse kleine Erhebungen der Papillarschicht (entzündliche Knötchen), hyperämisch-ödematöse Flecken oder Flächen beschränkt, welche nach einigem Bestand schuppen.

Die beschriebenen Hautveränderungen haben, sofern sie flächenhaft sind, mit den typischen vesikulösen und nässenden Ekzemherden vom Typus der artifiziellen Hautentzündung die unscharfe und unregelmäßige Umrandung und die mangelnde Tendenz zu zirzinärem Weiterschreiten gemein, ferner die Tatsache, daß in ihrer Umgebung gewöhnlich punktförmige Entzündungsherde zerstreut sind, mit welchen sie sich allmählich vereinigen können.

Der objektive Befund ist bei den schuppenden Ekzemen dem Befunde ähnlich, welcher bei den Epidermidosen, d. h. bei Krankheitsprozessen zu erheben ist, deren Hautveränderungen, vom ersten Moment ihres Erscheinens angefangen, neben einer Entzündung der Papillarschicht eine in Schuppenbildung zum Ausdruck gelangende Verhornungsanomalie aufweisen, als da sind: die Psoriasis vulgaris, die Seborrhoea corporis Duhring (welche man besser Pityriasis psoriasiformis nennen könnte), die Pityriasis rosea, die Trichophytiasis squamosa, das Erythrasma, die Pityriasis rubra pilaris, der Lichen planus. Die Tatsache, daß der Schuppenbildung eine Zeitlang bloße Entzündungserscheinungen vorangegangen sind, ist diesen Prozessen gegenüber ein gutes Unterscheidungsmerkmal; ebenso die unregelmäßige Form, die unscharfe Umrandung und die mangelnde Tendenz zu zirzinärem Weiterschreiten.

Letztere Unterschiede bleiben auch bestehen, wenn an den der Regel nach „trockenen" Hautveränderungen von Epidermidosen eine stärkere Exsudation mit Austritt von serösem Exsudat an die Hautoberfläche stattfindet, was ausnahmsweise bei der Psoriasis vulgaris, zuweilen bei der Duhringschen Pityriasis psoriasiformis und relativ häufiger bei der Trichophytiasis geschieht. Trotz Bläschenbildung bzw. Nässen und seröser Durchtränkung der Schuppen oder Gegenwart von Borken läßt sich auf Grund des Nachweises einer nummulären oder bogig begrenzten Form und schärferen Umrandung der Herde sowie des zirzinären Wachstums derselben die Annahme, daß wir es mit einem Ekzem zu tun haben, ohne Schwierigkeit ausschließen [1]).

Bei der anderen Gruppe von Ekzemfällen ändert sich der Typus der

[1]) Das geschieht z. B. bei den dysidrosoiden Formen der Trichophytiasis der Hände und Füße, welche seit kurzem von verschiedener Seite beschrieben worden sind. Sind Herde von der oben beschriebenen Art zugegen, so kann ein „dysidrosoides" Ekzem oder eine eigentliche Dysidrosis ausgeschlossen werden. Es kann sich dagegen unserer Erfahrung nach auch um eine Impetigo handeln. Die Unterscheidung des vesikulösen Ekzems von letzterer wird vorzüglich auf Grund der Gegenwart primärer impetiginöser Hautveränderungen typischer Art bewerkstelligt. Letztere sind gewöhnlich ebenfalls an den Händen oder an den Füßen lokalisiert und schreiten nicht selten zirzinär gegen die Nachbarschaft weiter. Bakteriologisch sind bei der dysidrosoiden Trichophytie die Myzelien und Sporen des Trichophyton- oder Epidermidophytonpilzes, bei der Impetigo Strepto- und Staphylokokken nachweisbar. Diesbezügliche Untersuchungsergebnisse wird demnächst Dr. Rajka von meiner Abteilung publizieren.

Digitized by Google

Hautveränderungen, welche Eigenschaften annehmen, durch welche sie sich von dem Aussehen der artifiziellen Hautentzündung entfernen und in vieler Hinsicht gewissen Impetigoformen ähnlich werden. Die Bläschenbildung und das Nässen ist ihnen mit der artifiziellen Hautentzündung gemein. Im Gegensatz zu letzterer besitzen jedoch ihre Herde eine schärfere, öfters eine recht scharfe Umrandung, eine rundliche, münzenförmige oder bogig begrenzte Gestalt, und sie vergrößern sich durch allmähliches, zirzinäres Weiterschreiten gegen die Nachbarschaft. Das sind aber bezeichnende Eigenschaften auch der streptogenen Foxschen Impetigo und der von Darier als Impetigo vulgaris bezeichneten Form, welche sowohl Streptokokken als Staphylokokken enthält. Herde dieser Impetigoformen, zumeist die der Impetigo vulgaris, finden sich gewöhnlich, und zwar auch mit solchen der Bockhartschen Form vermischt, in der Umgebung der beschriebenen ekzematösen Herde, welche gegen die Nachbarschaft weiterschreitend sie endlich erreichen und mit ihnen verschmelzen können. Man sieht Hautentzündungen dieser Form häufiger in den Hautfalten, vergleichsweise öfter bei Diabetikern, und kann die Entstehung der größeren entzündeten Herde aus den solitären Impetigoherden manchmal von Anfang an verfolgen. In der Tiefe der Falten ist die Bläschendecke der letzteren freilich fast immer mazeriert und losgelöst, und auch Borken bilden sich nicht. Wir finden demnach gewöhnlich bei dieser Lokalisation des Prozesses in der Nachbarschaft der größeren entzündeten Herde rundliche, leicht erodierte und an ihrer Oberfläche Exsudat produzierende Herde, welche von einem weißen, dünnen Hornsäumchen umrandet sind. Die typischen Impetigoherde aber befinden sich zum größten Teil außerhalb der Hautfalten. Auf freien Hautflächen können die solitären Impetigoherde auch in der unmittelbaren Nachbarschaft der größeren ekzematoiden Flächen in typischer Form vorhanden sein. Dabei ist zu bemerken, daß sich in solchen Fällen außer den nässenden punktförmigen Öffnungen der Epidermis auch das bekannte Bild eines aus Sprüngen der Epidermis zusammengesetzten Netzwerkes entwickeln kann, aus welchen das Exsudat hervorsickert und zu Börkchen vertrocknet. An manchen schärfer begrenzten, aus punktförmigen Öffnungen nässenden Herden, insbesondere an solchen des Handrückens, der Vorderarme und der Unterschenkel ist ein ganz schmaler, stellenweise von Exsudat abgehobener Hornschichtsaum zu sehen, welcher dem Rande des Herdes entlang verläuft, ähnlich wie bei der Impetigo circinata.

In all diesen Fällen hat sich einer impetiginösen Infektion der Epidermis noch eine durch chemische oder physikalische Einwirkungen verursachte Entzündung zugesellt, welche dem Bilde der Impetigo die Veränderungen der artifiziellen Dermatitis aufpfropft. In vielen Fällen läßt sich der medikamentöse Ursprung der letzteren ohne weiteres nachweisen. In den Hautfalten figurieren überdies die diesen Hautregionen eigentümlichen, topischen Entzündungsursachen (Mazeration, Zersetzung des stagnierenden Exsudates, Reizung durch Sekrete und Exkrete, Reibung einander gegenüberliegender Hautflächen); an Handrücken und Vorderarmen Einwirkungen, welche mit der Beschäftigung der Kranken zusammenhängen. Aber auch andere äußere Entzündungsursachen können gelegentlich eine Rolle spielen.

Digitized by Google

Solange der impetiginöse Charakter der Hautveränderungen, welcher in der schärferen Begrenzung, der runden oder bogigen Umrandung und in dem zirzinären Weiterschreiten zum Ausdruck gelangt, im Vordergrund steht, verdienen diese Fälle nicht den Namen Ekzem. Sie sollten als Impetigo eczematiformis oder eczematisata, bei Lokalisation in den Hautfalten als Impetigo intertrigo diagnostiziert werden.

Bei langem Bestand der Entzündung an derselben Hautstelle kommen neben den exsudativen Vorgängen immer mehr proliferative Veränderungen zum Vorschein, welche eine Verdickung der Epidermis und des Papillarkörpers verursachen. Diese proliferativen Vorgänge finden überdies auch in der stärkeren Ausprägung der Oberflächenfurchung, in der Derbheit des Zellinfiltrates, in der Abschwächung der roten Farbe der Hyperämie durch die grauliche Farbe der verdickten Epidermis ihren Ausdruck. Kurz und gut, es kommt zu der Entwicklung des als Lichenisation bezeichneten Hautzustandes. Dieser kann aber ganz oder zum Teil durch die exazerbierende Exsudation oder durch epidermoidale Eiterung verdeckt sein.

Auch an dem Zustandekommen dieser Hautveränderungen nehmen äußere chemische und physikalische Einwirkungen sowie pyogene Mikroorganismen Teil. Nach langem Bestand wird es nicht immer möglich sein zu bestimmen, welche äußeren Ursachen für diesen Verlauf der Entzündung verantwortlich sind. Zumeist ist wohl, wie bei den professionellen Ekzemen, die häufig wiederholte oder ständige Einwirkung der ursprünglichen Noxe anzunehmen. Als Ursachen, welche regelmäßig mitwirken und für den langen Bestand der Entzündung in loco mitverantwortlich sind, sind das Kratzen und die Infektion mit pygonen Mikroorganismen zu nennen. Auch bei einem Teil dieser Fälle wird die Präponderanz der Rolle der pyogenen Mikroorganismen, gleichviel ob sie schon den Beginn der Erkrankung verschuldet haben oder erst später hinzugekommen sind, durch scharfe, bogige Ränder und zirzinäres Wachstum der Herde angezeigt, und man kann solche dann füglich als lichenisierte Impetigo ansprechen.

Die pyogene Epidermisinfektion und die artifizielle Hautentzündung sind zumeist so innig miteinander verwoben, die ihnen entsprechenden Hautveränderungen miteinander in dem Maße vermengt, daß es im Einzelfall mit Schwierigkeiten verbunden sein kann, ihre Rolle gegeneinander abzuwägen und festzustellen, welche von beiden bei der Entstehung und dem Bestand des beobachteten Krankheitsbildes ausschlaggebend war. Diese Schwierigkeit wird noch durch den folgenden Umstand gesteigert: Aus Untersuchungen, welche Rajka an meiner Abteilung ausgeführt hat, geht hervor, daß sich während des Bestandes einer pyogenen Epidermisinfektion bzw. eines Ekzems ein allergischer Zustand der Haut entwickeln kann. In die Epidermis eindringende pyogene Mikroorganismen können dann in der Haut zerlegt werden, und die aus ihnen frei werdenden toxischen Substanzen können entzündliche, exsudative Veränderungen der Haut hervorrufen. Auf diese Weise ist es zu erklären, daß im Anschluß an impetiginöse Hautveränderungen der Hände und Füße aufschießende dysidrosisähnliche Bläscheneruptionen der Finger, Zehen, Handflächen und Fußsohlen sich bei bakteriologischer Untersuchung als steril

Digitized by Google

erweisen. Es ist anzunehmen, daß ein Teil der bei dem Ekzem aufschießenden bakterienfreien Bläschen ebenfalls auf diese Weise entstehen kann. Neben entzündlichen Hautveränderungen, welche durch äußere Einwirkungen chemischer oder physikalischer Natur hervorgebracht werden, werden demnach auch solche „allergischer" Provenienz zugegen sein können. Es läßt sich sogar nicht ausschließen, daß gegebenenfalls vorzüglich entzündliche Hautveränderungen der letzteren Art vorhanden sind. Diese Annahme wird sich besonders in Fällen aufdrängen, in welchen es nicht gelingt, irgend eine andere äußere Einwirkung als Ursache des Ekzemausbruchs nachzuweisen. Bedingung für diese Annahme ist aber das Vorhandensein eines älteren Ekzem- oder Impetigoherdes, von welchen die Weiterverbreitung der pyogenen Mikroorganismen auf andere Hautstellen stattfinden kann und welche gleichzeitig auch Gelegenheit zur Entwicklung der Allergie bieten. Die Möglichkeit einer solchen Entstehungsweise entzündlicher Hautveränderungen im Verlauf des Ekzems ist jedenfalls zuzugeben. Ein besonderer klinischer Typus des Ekzems, welcher diesem Entstehungsmodus entspräche, läßt sich aber derzeit nicht unterscheiden, und eine Abgrenzung von entzündlichen Hautveränderungen dieser Provenienz von solchen, bei deren Entstehung der Einfluß äußerer chemischer und physikalischer Einwirkungen maßgebend war, ist derzeit noch nicht möglich.

Ist es aber auch nicht immer möglich, darüber schlüssig zu werden, welche Art der ätiologischen Faktoren für das Entstehen einer Hautentzündung von dem Charakter des Ekzems maßgebend war, so ist doch die Ausschließung von Hautveränderungen, welche scharfe, runde oder bogige Grenzen besitzen und zirzinär gegen die Nachbarschaft schreiten, aus der Ekzemklasse und ihre Einreihung in die Klasse der Impetigo mit keiner besonderen Schwierigkeit verbunden[1]).

Der hier vertretene Standpunkt ist, soweit es sich um den parasitären Anteil handelt, schon von Besnier (in Pratique derm., Bd. 2) klar vertreten worden, wenn auch die letzten Folgerungen von ihm nicht gezogen wurden. So z. B. sagt er auf S. 41: „. . . dans les variétés mixtes, infectées, composites . . . elles (les vesicules) sont disposées en figures nummulaires." — „Dans l'eczéma proprement dit l'accroissement se fait par production et juxtapposition d'éléments nouveaux et non pas par extension excentrique, comme cela est au contraire la règle dans . . . une série de polydermites parasitaires jusque à présent rangées dans l'eczéma." Und auf S. 61: „Toutes les fois ou le champ eczématique est figuré, en disque, nummulaire, il est atypique; sa constatation implique l'obligation de rechercher cliniquement la cause de l'anomalie pour en déterminer la nature: a) . . . b) Infection (impetiginisation) du foyer eczématique par un élément microbien à progression excentrique . . . c) Eczématisation secondaire de foyers micrococcique figurés impetigos, mycoses de Unna (microsporulaires); trichophytoses, pityriasis rosée de Gibert (érythrasma) . . . Le fait à retenir est que la figuration d'une

[1]) Die bakteriologische Untersuchung solcher „Ekzemherde" läßt in manchen Fällen einen mykotischen Ursprung derselben nachweisen. Diese sind natürlich nicht der Impetigo, sondern der betreffenden Mykose zuzurechnen.

Digitized by Google

surface eczématisée constitue une anomalie, un fait atypique, et rend nécessaire une enquête particulière . . ."

Nach unserem Dafürhalten haben in der Klasse des Ekzems bloß Fälle zu verbleiben, bei welchen das artifizielle Element präponderiert bzw. deren Hautveränderungen dem Typus der artifiziellen Hautentzündung entsprechen. Es frägt sich nun, in welchem Verhältnis diese Fälle zu der artifiziellen Hautentzündung stehen. Denn bekanntlich besteht heute das Bestreben, Ekzem und artifizielle Hautentzündung voneinander zu trennen. Wir aber denken, daß eine artifizielle Dermatitis mit ekzematoiden Hautveränderungen nichts anderes als eben das akute Ekzem darstellt. Daß eine Hautentzündung der oberflächlichen Lederhautschichten mit den dem Ekzem eigentümlichen Epithelveränderungen mäßigeren Grades bei jedem Menschen experimentell erzeugt werden kann, ist sehr wahrscheinlich. Nicht jede entzündungerregende Einwirkung ist aber hierzu befähigt. Vor allem gibt es Substanzen, welche selbst in höchster Konzentration in die Haut normaler Menschen gebracht, bloß leichte Entzündung erregen, welche der Grad der Urtikaria nicht überragt. Andere Substanzen und physikalische Einwirkungen erzeugen leicht Schädigungen höheren Grades, welche im Absterben und in der Verflüssigung des Epithels zum Ausdruck gelangen oder die Kohärenz des Papillarkörpers mit der Epidermis oder ihrer Schichten miteinander auf relativ größeren Strecken in dem Maße lockern, daß das Exsudat sie sozusagen entzweizureißen vermag. Daß es bei Anwendung solcher Substanzen, wie mineralischer Säuren und Laugen, oder durch derartige physikalische Einwirkungen, wie Hitze und Kälte, in jedem Falle und auf jedermanns Haut gelingt, durch Abschwächen der Wirkung zu einer „ekzematoiden" Entzündung zu gelangen, kann als sehr wahrscheinlich betrachtet werden, ist aber experimentell noch nicht festgestellt. Die Wirkung solcher „scharfer" Substanzen und gewisser physikalischer Agentien ist bei manchen Menschen eine unverhältnismäßig starke, so daß Einwirkungen geringeren Grades schon mächtige Entzündungen mit hochgradiger Epithelschädigung zu erzeugen imstande sind. Die „ekzematoide" artifizielle Dermatitis wird aber zumeist nicht durch derartige Einwirkungen hervorgerufen, sondern durch solche, welche in der Regel keine Hautentzündung erzeugen. Die geringere Widerstandskraft oder die Überempfindlichkeit der Haut der betreffenden Kranken gegenüber bestimmten äußeren Einwirkungen tritt damit in den Vordergrund. Diese ist eine Hauptbedingung dafür, daß schon schwache Einwirkungen, welche die Haut von außen treffen, eine dieser Einwirkungsart entsprechende, das ist flächenhafte Entzündung der oberflächlichen Lederhautschichten mit Eindringen des serösen Exsudates in die leicht geschädigte Epidermis, mit konsekutivem interepithelialem Ödem, mit Bläschenbildung und mit endlichem Austritt des Exsudates aus kleinen Öffnungen der Epidermis zur Folge haben. Die verminderte Widerstandskraft oder Überempfindlichkeit der Haut äußeren Einwirkungen gegenüber spielt demnach schon bei der Entstehung der artifiziellen Hautentzündung eine wichtige Rolle, und zwar ganz besonders bei jener, welche mit ekzematoiden Veränderungen einhergeht. Mit dieser Tatsache fällt aber die Schranke, welche zwischen der akut verlaufenden artifiziellen Hautentzündung und dem

Digitized by Google

eigentlichen Ekzem gezogen wurde, welch letzterem ein durch die besondere Disposition der Haut bedingter chronischer Verlauf mit Exazerbationen und Rezidiven zugesprochen wurde. Trifft nämlich eine äußere Schädlichkeit eine Haut, welche bloß dieser gegenüber überempfindlich ist, bloß einmal, und wird die dadurch entzündete Haut nicht durch unzweckmäßige Behandlung oder in anderer Weise noch weiter geschädigt, so vergeht die Entzündung binnen relativ kurzer Zeit. Wird dagegen die Haut der entzündungerregenden Einwirkung, der gegenüber sie überempfindlich ist, wiederholt ausgesetzt, so wird eine Reihe von Rezidiven oder ein Ständigwerden der Entzündung mit zeitweiligen Exazerbationen resultieren. Eine unzweckmäßige Behandlung und andere entzündungerregende Einwirkungen, unter diesen auch die pyogenen Mikroorganismen, werden natürlich an der langen Dauer der Entzündung mit schuldig sein können. Die längste Dauer, die größte Neigung zum Wiederauflodern und Rezidivieren, gleichzeitig auch zur Ausbreitung auf größere Hautstrecken und in verschiedene Hautregionen, gewinnt die ekzematöse Hautentzündung in Fällen, in welchen die Haut verschiedenen äußeren Einwirkungen gegenüber überempfindlich ist, insbesondere wenn sie es ganz banalen Einwirkungen, wie Wind, Wetter, Wasser, Seife, Fett gegenüber ist, und wenn ihre Empfindlichkeit selbst ganz milde wirkenden Medikamenten gegenüber eine exzessive ist. Bei der Pathogenese exogener Hautentzündungen, namentlich bei solchen von dem Grade des Ekzems, tritt demnach, ganz wie bei der der hämatogenen Entzündungen, die Tatsache der verminderten Widerstandskraft, der Überempfindlichkeit in den Vordergrund. Ich unterlasse es, an dieser Stelle weiter auf diesen Punkt einzugehen, der außerhalb des Bereiches dieser Untersuchung liegt. Ich begnüge mich festzustellen, daß wir in dieser Beziehung noch am Anfang der Erkenntnis stehen, und daß es uns namentlich an genügenden experimentellen Ergebnissen mangelt, um uns ein befriedigendes Urteil über das Wesen und die Entstehungsweise dieser Überempfindlichkeit sowie über die Bedeutung von krankhaften Zuständen des ganzen Körpers oder einzelner Organe oder der Haut für ihr Zustandekommen schon heute bilden zu können. Weitere Aufklärung über die Pathogenese des Ekzems ist aber in erster Reihe von Untersuchungen zu erwarten, welche auf dieses Ziel gerichtet sind.

Die Tatsache, daß die Hautveränderungen, welche für das Ekzem am bezeichnendsten sind, nichts anderes vorstellen als die Erscheinungsform eines bestimmten Grades der Hautentzündung, des weiteren die Tatsache, daß bei Vorhandensein einer Überempfindlichkeit der Haut eine solche Entzündung durch die verschiedensten äußeren Einwirkungen, insbesondere aber durch Medikamente hervorgebracht werden kann, hat zu einer starken Erweiterung des Gebietes des Ekzems geführt, da manche Prozesse, zu welchen sich das Ekzem bloß interkurrent zugesellt, die also gelegentlich, wie wir jetzt zu sagen pflegen, ekzematisiert sind, hierher gerechnet wurden. In demselben Sinne, d. h. im Sinne einer Verbreiterung des Ekzemgebietes, wirkte auch der Umstand, daß bei dem Ekzem artifizielle Einwirkungen und pyogene Infektion miteinander verwoben sind und daß eine ununterbrochene Reihe von klinischen Übergängen von der artifiziellen Hautentzündung bis zur Impetigo führen. Das hat

Digitized by Google

z. B. in der Konzeption von Ferdinand Hebra dazu geführt, daß die Impetigo nicht von dem Ekzem abgeschieden wurde. Allmählich begann dann der Abbau: verschiedene Krankheitsprozesse, wie die Impetigoarten, die Dysidrosis, gewisse Prurigoformen, die Paget'sche Krankheit, wurden aus der Klasse des Ekzems herausgehoben, und endlich wurde auch der Versuch gemacht, die Dermatitis artificialis auszuscheiden. Andererseits wurde mit dem Anschlusse des „Eczema seborrhoicum" die Klasse des Ekzems wieder über die Maßen erweitert.

In unseren Darlegungen ist der Abbau des Ekzems fortgesetzt worden, und zwar in der Weise, daß die Prozesse, welche auf die Wirkung der pyogenen Mikroorganismen zurückgeführt werden können oder bei welchen diese Wirkung präponderiert und welche sich eben infolge dieser Tatsache durch besondere, auch anderen pyogenen Epidermisinfektionen zukommende klinische Charaktere auszeichnen, aus der Klasse der Ekzeme herausgehoben und zu der Impetigo gestellt wurden, des weiteren, daß alle Prozesse, welche den Charakter der Epidermidosen besitzen, aus der Klasse des Ekzems ausgeschlossen wurden.

Wir gelangen auf diese Weise zu einer einfachen Konzeption des Ekzems: Die zum Ekzem zu stellenden Prozesse sind flächenhafte Hautentzündungen vorzüglich der oberen Lederhautschichten, bei welchen das seröse Exsudat in die Epidermis eindringt, deren Zellen auseinanderdrängt und auf diese Weise zur Bildung von Bläschen und gewöhnlich, nach Loslösung der Bläschendecken, zum Austritt des serösen Exsudates aus feinen Öffnungen an die freie Hautoberfläche führt. Die entzündeten Hautstellen sind unscharf begrenzt und von unregelmäßiger Form. Sie vergrößern sich, indem sich in ihrer Umgebung zahlreiche kleinste Herde gleicher Natur bilden, mit welchen sie zusammenfließen. Sie entstehen infolge der äußeren Einwirkung chemischer oder physikalischer Schädlichkeiten mäßigen Grades zumeist bei Individuen, bei welchen eine Überempfindlichkeit diesen Einwirkungen gegenüber vorhanden ist. An dem Zustandekommen der Hautveränderungen sind überdies zumeist auch die pyogenen Mikroorganismen mit beteiligt. Diese Hautentzündungen jucken und haben bald einen akuten, bald einen chronischen Verlauf mit Rezidiven und Exazerbationen. Verharren sie lange Zeit ohne Unterbrechung an derselben Hautstelle, so kommt es neben den entzündlichen, exsudativen Veränderungen zu der Hyperplasie der Epidermis und Papillarschicht, welche die Grundlage der unter dem Namen Lichenisation bekannten Hautveränderung bildet.

Der hier vertretene Standpunkt ermöglicht den Ausgleich von Gegensätzen, welche gegenwärtig in bezug auf die Ätiologie des Ekzems bestehen. Die vorzüglich von Unna vertretene parasitäre Theorie erweist sich in bezug auf eine Anzahl von bisher zu den Ekzemen gerechneten Formen, welche wir als ekzematiforme Impetigo aus der Klasse des Ekzems ausgeschieden und der Impetigo zugezählt haben, als richtig, und Unna bleibt das Verdienst ungeschmälert, die Aufmerksamkeit nach dieser Richtung gelenkt zu haben. Andererseits wird die ursprünglich von Ferdinand Hebra verfochtene Ansicht von dem artifiziellen Ursprung des Ekzems für das eigentliche Ekzem im Wesen anerkannt.

Digitized by Google

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Brünn
(Vorstand: Prof. Dr. A. Tetz).

Über die Bedeutung der Plaut-Vincentschen Flora bei einer ulzerösen interdigitalen Kondylomatose.

Von

Dr. Paul Beutl, Assistent der Klinik.

Es ist bekannt, daß die Wismutsalze — parenteral zugeführt — nicht nur auf die Spirochaeta pallida, sondern auch auf eine ganze Reihe anderer Spirochäten toxisch einwirken, wie die Versuche mit Wismut von Sauton und Robert bei der Spirochaetosis gallinarum in überzeugender Weise gezeigt haben. Jedoch ist diese spirillozide Wirkung des Wismuts gegen andere Spirochätenarten gerichtet als die der Salvarsanpräparate. So wie Salvarsan wirkt auch Wismut nicht auf die Mundspirochäten; ja wir finden im Gegenteil dieselben bei Stomatitiden, die manchmal im Verlaufe der Wismuttherapie auftreten, deutlich vermehrt. Unser Fall, den wir erwähnen wollen, führte uns zu der Überzeugung, daß die Plaut-Vincentsche Flora, welche durch das Salvarsan mächtig beeinflußt wird, durch Wismut ungeschädigt bleibt. Da es sich außerdem um eine seltene Lokalisation der erwähnten Flora in den interdigitalen Falten an den Füßen handelt, scheint uns der Fall einer Publikation wert zu sein.

Die 18jähr. Arbeiterin J. K. wurde auf unserer Klinik mit der Diagnose: Lues condylomatosa-Leukoderma Neisser aufgenommen. Bei der näheren Untersuchung fanden wir außer einem ausgedehnten Neisserschen Leukoderm an der Haut des Halses und der oberen Thoraxhälfte eine typische Kondylomatose der äußeren Genitalgegend und eine kondylomatöse Affektion zwischen den Zehen beider Füße. Die daselbst befindlichen Kondylome sind flach und bilden größere Flächen, die im Zentrum mit nekrotischen, einen schmutzig grauen Belag bildenden Massen bedeckt sind. Die Affektion näßt auffallend stark und verbreitet einen penetranten Geruch, der an Bromidrose erinnert.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden wir außer der Spirochaeta pallida eine auffallend große Menge fusiformer Bazillen und Spirillen, analog der Flora bei der Plaut-Vincentschen Angina; außerdem noch wenige Streptokokken und Korynebakterien. Auf Serumagarplatten nach Löffler (bakteriologische Untersuchung: Dr. Tomášek aus dem pathologisch-anatomischen Institute) wachsen außer Streptokokken und Korynebakterien einige Kolonien von Stäbchen aus der Gruppe der Pseudodiphtherie. Diesem Befunde, obwohl er interessant war, legten wir keine besondere Bedeutung bei, denn es war uns klar, daß sich bei einer Patientin, welcher die primitivsten Kenntnisse körperlicher Reinlichkeit fehlten, in dieser auch sonst bei der Körperpflege oft vernachlässigten Gegend eine beliebig reichliche und mannigfaltige Flora einnisten konnte.

Digitized by Google

Und endlich gehört eine solche saprophytische Flora immer zu dem bakteriologischen Bilde der ulzerösen Kondylome, und sie schwindet regelmäßig ohne eine besondere lokale Behandlung gleichzeitig mit der Rückbildung des spezifischen Gewebes nach Einleitung einer antiluetischen Kur.

Der Patientin, die zur Wismutkur bestimmt war, wurden im Laufe von 15 Tagen 1,5 g Trepol in fünf Injektionen zu je 3 ccm einer 10%-igen Emulsion verabreicht. Obwohl die in der Genitalgegend sich befindlichen Kondylome während dieser Zeit unter Hinterlassung einer braunen Pigmentation längst vollkommen abgeheilt waren, hat sich das Aussehen der interdigitalen Affektion außer einer mäßigen Abflachung der früher aufgeworfenen Ränder (Reste kondylomatösen Gewebes) überhaupt nicht verändert. Die Ulzerationen bleiben im Zentrum von einem schmutzigen Belage bedeckt, verbreiten trotz peinlicher Reinlichkeit ihren unangenehmen Geruch, nässen stark und bluten zeitweise leicht.

Die wiederholte bakteriologische Untersuchung bietet uns dasselbe Bild wie vorher — nur die Spirochaeta pallida fehlt (die bereits 48 Stunden nach der ersten Trepolinjektion verschwunden war). Das mikroskopische Bild beherrschen fusiforme Bazillen und Spirillen vom Plaut-Vincentschen Typus. Die Kulturen sind wieder von Kolonien, die aus Pseudodiphtheriestäbchen bestehen, überwuchert: es handelt sich um kurze keulenförmige Gonokokkenstäbchen, die parallel nebeneinander liegen und fast keine Volutinkörnchen aufweisen.

Mit Rücksicht auf die spezifische Wirkung des Salvarsans gegenüber der Plaut-Vincentschen Flora verabreichten wir der Patientin zwei Neosalvarsaninfusionen zu 0,45. Schon nach der ersten zeigte sich eine auffallende Besserung; 24 Stunden nach der zweiten Injektion waren die eiternden Stellen vollkommen epithelisiert.

Die Erklärung dieser therapeutischen Erfolge ist nur so zu deuten, daß die Plaut-Vincentsche Flora (eventuell auch die pseudodiphtherische) das Bild des Zerfalles von Kondylomen sehr erheblich beeinflußt hat. Es ist eine sehr bemerkenswerte Tatsache, daß die Wismuttherapie auf die oben beschriebene Flora überhaupt keinen Einfluß hatte, obwohl die Rückbildung des rein-luetischen Gewebes auch in diesem Falle so schnell eintrat, als wir es nach Trepolbehandlung überhaupt zu sehen gewöhnt sind. Es ist unwahrscheinlich, daß die Plaut-Vincentsche Flora für sich allein imstande wäre, an der Haut ulzeröse Affektionen hervorzurufen. In der Literatur finden wir fast keine darauf hinweisende Erwähnungen. Überhaupt wurde erst im Laufe der letzten zwei Jahre dieser Flora eine erhöhte Aufmerksamkeit zugewendet, als man in Deutschland eine auffallende Zunahme von durch Spirillen verursachten Anginen beobachtete. Es wurde dabei (Plaut, Schelenz) auf die Möglichkeit ihres Vorhandenseins in chronischen, jeder lokalen Therapie trotzenden phagedänischen Hautulzerationen hingewiesen, wobei die ausgezeichnete Wirkung des Salvarsans immer wieder betont wurde.

Inwieweit an unserem Krankheitsbilde auch die gleichzeitig nachgewiesene Pseudodiphtherie Anteil genommen hat, ist schwer zu entscheiden. Es scheint jedoch, daß sie nur eine untergeordnete Rolle gespielt hat. Das Resultat der eingeleiteten Therapie scheint dies zu be-

Digitized by Google

stätigen. Denn man kann nicht voraussetzen, daß das Salvarsan hier auf die pseudodiphtherische Gruppe eingewirkt hätte, da ja von einer solchen Eigenschaft dieses Medikamentes nichts bekannt ist.

Literatur.

Jochmann, Lehrbuch der Infektionskrankheiten. — Sauton und Robert: Annales de l'Institut Pasteur. 1916, Bd. 30, Nr. 1. — Kleinschmidt, Arch. f. Derm., Bd. 130. — Plaut, Derm. W., 1921, Nr. 8. — Schelenz, B. kl. W., 1922, Nr. 40.

Aus der Hautabteilung des städt. Katharinenhospitals in Stuttgart
(Chefarzt: San.-Rat Dr. Hammer).

Therapeutische Mitteilungen.

Von

Dr. Gerber, Assistenzarzt.

Seit etwa einem halben Jahre ist auf unserer Krätzeabteilung das Krätzeheilmittel „Sarnol" aus dem pharmazeutischen Laboratorium „Hada" Hädicke & Schmitz, Dortmund, in Verwendung, von dem bereits gute Erfahrungen von Bien, Meisel, Collin, Büchner und Kress veröffentlicht wurden. „Sarnol", eine graugrünliche Schüttelmixtur, besteht nach Angaben des Herstellers aus 20% Schwefel, 1½% Naphthol, 1% Salizylsäure, 1% Karbolsäure, 10% Kreta und 5% Zinkoxyd und wird am besten mit der flachen Hand auf der erkrankten Haut aufgetragen und gründlich eingerieben. In den ersten drei Minuten ist die Einreibung von einem mäßigen und erträglichen Brennen begleitet, ohne aber weiterhin Reizerscheinungen in der Haut auszulösen; im Gegenteil sahen wir, daß auch ekzematöse und impetiginöse Veränderungen recht günstig beeinflußt wurden, so daß die Einreibungen auch der Nachkur dienten. Der Juckreiz ließ öfters schon nach der ersten Einreibung nach; nach 3—4maliger Einreibung, in allerschwersten Fällen fünfmaliger Einreibung nach mehrstündigen Pausen, also im Laufe von einem Tage bzw. zwei, spätestens drei Tagen konnte die Krätzekur als abgeschlossen betrachtet werden. Einige wenige Krätzekranke mußten nach einigen Wochen sich einer zweiten Kur unterziehen, doch handelte es sich bei diesen mit der größten Wahrscheinlichkeit um Neuinfektionen, was bei der Lebensführung dieser Kranken (Landstreicher u. ä.) nicht verwunderlich ist; zudem blieben solche Wiederholungskuren auch bei Anwendung anderer guter Krätzemittel nicht aus. „Sarnol" schädigt die Wäsche nicht und hinterläßt nur feinen, pulverigen Staub, der unschwer ausgeschüttelt und ausgeklopft werden kann, hat einen kaum wahrnehmbaren angenehmen aromatischen Geruch, der rasch verflüchtigt, und ist im Verhältnis zu allen übrigen guten Krätzemitteln noch wesentlich billiger, was den erneuten Hinweis mit Rücksicht unserer trostlosen finanziellen Lage besonders rechtfertigen mag.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona.

Sitzung vom 21. Mai 1922.

Vorsitzende: Delbanco, Arning. Schriftführer: Bruck.

Delbanco demonstriert: 1. ein 30jähr. Mädchen mit **Syringozystadenomen** in Anordnung einer Halskrause. Versuch mit Röntgen. Mikroskopisch: Übergänge von Zysten in Reihe von Gängen, Abwesenheit der Knäuel an der richtigen Stelle und Abwesenheit von Zysten in der Gegend der Gänge.

2. 32jähr. Frau, Pat. von Dr. Appel-Altona. In den Achselhöhlen glänzende, sagokornähnliche, harte, juckende Knötchen, an die Follikel gebunden; Reibeisenbild;

Digitized by Google

Jucken nach Arsen verringert. Appel schwankt zwischen Lichen ruber und Schweißdrüsenerkrankung. Mikroskopisch: diffuses, kleinzelliges Infiltrat, besonders um die Schweißdrüsenausführungsgänge, Erweiterung der Schweißdrüsen, im Rete Malpighii keine Veränderungen. D. denkt an Fox-Fordycesche Krankheit.

3. 83jähr. Mann mit **Dermatitis herpetiformis.** Eosinophilie, enormes Jucken.

4. 19jähr. Mädchen mit **Lupus pernio** beider Hände. Beste Therapie: Röntgen.

5. 27jähr. Mädchen mit abgeheilten **subkutanen Sarkoiden** (Darier). Beide Wangen stark eingefallen, Gesicht vor einem Jahr noch aufgetrieben durch subkutane Infiltrate, solche auch an Kopfhaut und Oberarmen.

6. 20jähr. Mädchen mit abgeheiltem **Rhinophym.** Die leicht tuberkulöse Pat. war auf Lupus behandelt worden. Abheilung unter antiseborrhoischer Behandlung und Röntgen.

7. eine 51jähr. Frau mit **zirkumskripter Sklerodermie.** Lymphozytose und auf Grund des Dialysierversuches von Abderhalden Dysfunktion der Schilddrüse (Hypofunktion?).

8. ein 18jähr. Mädchen mit **Pili anulati.**

9. 34jähr. Werftarbeiter, seit dem siebenten Jahre an **Tuberculosis cutis verrucosa** des rechten Handrückens leidend. Therapie: Röntgen.

10. 21jähr. Mädchen mit rezidivierendem **Erythema multiforme der Mundschleimhaut.**

11. 42jähr. Frau mit **Hydroa aestivale** seit dem siebenten Jahre. Vorübergehende Besserung unter Röntgen.

12. einen 27jähr. Mann mit **kartenblattförmiger Sklerodermie** an der rechten Wange, Lippen und Mundschleimhaut.

Hegler demonstriert: eine 37jähr. Kranke mit **Morbus Addison.** Braunfärbung seit etwa sechs Jahren. Adynamie, Erbrechen, Wechsel von Obstipation mit Diarrhöen, Achylia gastrica, Blutdrucksenkung, Mononukleose (49%); gute Adrenalintoleranz (auf 2 mg keine Glykosurie). Intensive Pigmentierung von Gesicht, Händen, Achsel, Warzenhof, verschiedener Narben, Mund, Gaumen, der großen und kleinen Labien und der Analgegend. Respiratorischer Stoffwechsel normal; Blutdruck steigt nach 2 mg Adrenalin von 85 mm systolisch auf 110 mm nach 23 Min., dann Abfall auf 80, dann 85 mm. Ursache wahrscheinlich Tuberkulose der Nebennieren.

P. Unna jun. demonstriert: 1. einen Pat. mit **Dermatitis exfoliativa** nebst Myokarditis, Bronchitis, Albuminurie, Präkordialangst und dauerndem Kältegefühl. Ohren, Finger und Füße stark geschwollen: Bestand seit zehn Jahren, Beginn mit Jucken am Skrotum, seit zwei Jahren starke Erythrodermie und enormes Jucken. Während der Beobachtung unter Fieber neue Krankheitsschübe: erbsengroße Knötchen und miliare Bläschen, aus denen hämolytische Staphylokokken gezüchtet werden. Mikroskopisch: Hyperkeratose, kleinzelliges tuberkulidähnliches Kapillarinfiltrat.

2. Fall von **Knotenlepra** nach Abheilung der Leontiasis und der Lepride des Körpers, Rückgang der Ulnarisverdickung. Geringe Besserung der Atrophien und Sensibilitätsstörungen. Therapie: Chirurgisch, Chaulmoogra, Ung. Pyrogalloli comp., Terpestrolsalbe.

Brinitzer stellt vor: 1. ein $^1/_2$jähr. Kind mit **Angioma cavernosum,** mit Kohlensäureschnee behandelt.

2. einen 38jähr. Mann mit **diffuser Sklerodermie** und Geschwürsbildung an den Unterschenkeln.

Bruck und Arning halten den Fall für Poikilodermia atrophicans, während Philippson und Lüttwitz den sklerodermatischen Prozeß für das Wesentliche erachten.

3. eine 28jähr. Frau mit **Recklinghausenscher Krankheit.** Kein Intelligenzdefekt.

Hahn: 1. **Mycosis fungoides.**

2. **Psoriasis der Mundschleimhaut** bei einem Luetiker. Die Plaques verhalten sich gegenüber spezifischer Behandlung völlig renitent.

Zimmerer, K. Unna jun. und Philippson halten die Schleimhauterscheinungen für luetisch.

Bruck: 21jähr. Mann mit **fleckförmiger idiopathischer Hautatrophie.** Mit dem 13. Lebensjahre Entstehung kreisrunder und ovaler, schlaff atrophischer weißlicher, zum Teil stark pigmentierter Flecken, die fast symmetrisch an der Unterbauchgegend angeordnet sind und ohne sichtbar entzündliche Erscheinungen allmählich zunehmen. Keinerlei subjektive Beschwerden.

Digitized by Google

Sommer: 55jähr. Frau mit **Hautatrophie** an der linken Schulter.

Bruck hält den Fall in Anbetracht der ausgesprochenen Follikelerweiterungen für Lupus erythematodes.

Arning glaubt eher an Sklerodermie.

Joh. Meyer demonstriert: eine 21jähr. Pat. mit **Erythema induratum** an den Unterschenkeln und Schwellung der Halsdrüsen. Beginn im März. Nach zehnmaliger Impfung nach Ponndorf erheblicher Rückgang.

Arning demonstriert: 1. einen 22jähr. Mann mit **Anetodermia maculosa.** Seit der Kindheit langsam wachsende metamerisch verteilte bis handtellergroße Flecke am Rumpf, blaugrau, schuppenlos, glatt; die gröberen und feineren Hautvenen scheinen leicht durch. Sensibilität und Schweißbildung nicht gestört.

2. einen 80jähr. Mann mit **Pseudoxanthoma elasticum.** An beiden Seiten des Halses gelblich gefärbte, verdickte Hautpartien.

3. ein 28jähr. Mädchen mit eigentümlichen **Narben,** die vom Nacken bis zu den Hüften reichen, angeblich infolge von in der Kindheit durchgemachten Pocken. Sie sind flach, weißlich, bis zehnpfennigstückgroß, rund, nur in der Mitte des Rückens zum Teil konfluierend. A. schließt wegen Freibleiben des Gesichts Pocken aus, ebenso generalisierte Vakzine oder Impetigo; am wahrscheinlichsten ist **Pyozyaneusinfektion.**

4. ein 8jähr. Kind mit **Angiokavernom der Zunge.**

5. einen 18jähr. Mann mit **Naevus haematolymphangiomatosus** der rechten Bauchseite scharf mit der Linea alba abschließend, über die Inguinalgegend zum Skrotum hinunterreichend, woselbst es erbsen- bis bohnengroße Zysten mit milchigem Inhalt füllt. Das rechte Bein voller als das linke, an der Innenseite des Oberschenkels wie Miliaria aussehende kleine Lymphangiome mit klarem oder milchigem Inhalt. Eigentümlich ist das Fehlen der Inguinaldrüsen an der rechten Seite, während die Drüsen des übrigen Körpers palpabel sind. Das Dickerwerden des Beines seit der Pubertät, gelegentlich fieberhafte Schübe unter erysipelatöser Rötung; aus dem Inhalt der Lymphangiome Staphylokokken züchtbar.

6. einen 50jähr. Mann mit **Ulcus rodens** der Nasolabialgegend. Seit $1^1/_2$ Jahren braun-violette Flecke und leichte Atrophie. A. dachte an einen präkanzerösen Zustand, doch zeigt die mikroskopische Untersuchung keine Epithelwucherung, nur Lockerung und Atrophisierung des Epithels mit Melaninschollen und klumpiger Zusammenballung der elastischen Fasern.

Patzschke demonstriert: 1. einen 60jähr. Pat. mit **Acrodermatitis chron. atrophicans.** Beginn mit 16 Jahren. Befallen sind symmetrisch Handrücken, Füße, Kniescheiben, Gesicht, Ohren und Scheitel. Vollkommener Schwund der Nägel. Im Blutserum wurden abgebaut Schilddrüse und Hypophyse.

2. einen 12jähr. Knaben mit **Ichthyosis hystrix.** In der Familie keine derartige Erkrankung. Das Kind wurde bereits mit ichthyotischen Veränderungen geboren, allmähliche Entwicklung bis zum zweiten Lebensjahre. Die Hohlhände besetzt mit 2—3 cm langen Hornzapfen, ähnlich an den Füßen.

Lilienstein demonstriert: 1. einen 56jähr. Mann mit **Induratio penis plastica,** vor einem Jahre.

2. einen 25jähr. Mann mit **tuberkulösen Geschwüren des Penis.** Schlaffe Ulzera mit zackigen Rändern und schmierigem Belag rings um das Orificium urethrae im Sulcus coronarius. Zahlreiche Narben abgeheilter Geschwüre auf der Glans, sowie an Stelle des Frenulums, starke Infiltration der Eichel und des Corpus cavernosum. Histologisch: Tuberkel mit Langhansschen Riesenzellen und Neigung zur Nekrose. Ponndorf stark positiv. Beginn der Erkrankung vor drei Jahren.

3. ein 23jähr. Mädchen mit **ulzerösem Syphilid** des linken Nasenflügels.

4. **Fall zur Diagnose.** 33jähr. Frau mit gelbroten, bräunlichen Flecken in disseminierter Aussaat, die ohne subjektive Empfindungen seit zwei Jahren auftreten. Keine Desquamation und kein Abblassen auf Glasdruck. Mikroskopisch: Hyperkeratose und Parakeratose neben mäßiger perivaskulärer Kutisinfiltration.

Bruck vermutet Pityriasis lichenoides.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1922, Bd. 141, H. 1.

Über eine neue Form von Nagelmykosen (Leukonychia trichophytica), von Max Jessner, Univ.-Hautkl. Breslau. S. 1—8. Von den bisher veröffentlichten Fällen unterscheiden sich die von Jessner durch Auftreten von scharf begrenzten ovalären, in dem Niveau der Nägel gelegenen glatten weißen Flecken. Als Erreger konnten Trichophyton gypseum asteroides und ein Pilz, der dem Trichophyton equinum nahestand, nachgewiesen werden. Da die unteren und mittleren Nagelschichten nicht befallen waren, mußte ein Einwachsen von seiten des Nagelfalzes angenommen werden. Ein Flächen- oder Tiefenwachstum der Herde fand nicht statt, desgleichen keine Deformierung der Nagelplatte. Jessner schlägt für die neuartige Erkrankungsform den Namen Leukonychia trichophytica vor.

Zur Frage der toxischen Salvarsandermatitis, von Heinrich Krotr-Klosterneuburg-Wien. S. 9—31. Verf. verfügt über ein Material von 28 Salvarsan- resp. Hg-Dermatitiden, die bei einem Material von 3500 antiluetischen Kuren auftraten. Unter Silbersalvarsanbehandlung traten öfters Dermatitiden auf. Diese Hautschäden unterscheiden sich klinisch nicht von denen durch andere Salvarsanpräparate hervorgerufenen. Unter den Fällen, die kombiniert mit Neosalvarsansublimat nach Lindner behandelt wurden, konnten keine Hautschäden beobachtet werden. Bei den nach Fingher-Kyrle mit Mirion behandelten Fällen scheint eine Dispositionssteigerung gegenüber Dermatitiden vorzukommen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß einer Unterdrückung der Hauterscheinungen durch Kalktherapie ein schwererer Verlauf der Intoxikation folgt. Der Leberfunktion muß ätiologisch eine gewisse Rolle zugesprochen werden. Eine überstandene Dermatitis schützt nicht vor Rezidiven.

Untersuchungen über die Ätiologie des Ekzems. Die Rolle der pyogenen Mikroorganismen bei der Entstehung des Ekzems, von Edmund Rajka, Hautabt. Török-Budapest. S. 32—40. Auf der Haut von 50 nichtartefiziellen Ekzemkranken fand Verf. in 81% Mikroorganismen. Da die primären Ekzembläschen steril sind und desgleichen oft Bläschen bei typischen Impetigines und die Entstehung dieser Bläschen bei diesen Kranken vielleicht durch Mikroben verursacht werden, vermutet Verf., daß allergische Zustände in der Haut eine Vernichtung von Bakterien hervorrufen, so daß sich keine Bakterien mehr nachweisen lassen. Zur Entscheidung dieser Frage hat Verf. mit reinen Vakzinen, mit normalem Serum, sowie Ekzemserum und dem Inhalt von Ekzembläschen intrakutan geimpft. In 14 von 25 Fällen gelang es Herdreaktionen zu erhalten, die in noch stärkerem Maße die Annahme bestätigten, daß beim Ekzem die pyogenen Keime eine Allergie auslösen können und daß bei der Entstehung einiger Ekzeme pyogene Mykroorganismen mitwirken.

Über eine Art von Septikotoxikodermie (Erythema septicotoxicum), von Ch. Tanimura-Osaka. S. 41—59. Verf. berichtet an der Hand von fünf Krankengeschichten über eine neue Hauterkrankung, die mit allgemeinen Störungen, wie hohem Fieber, Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen einhergeht. Vor Auftreten der Hauteruptionen katarrhalische oder ulzeröse Veränderungen der sichtbaren Schleimhäute. Die Hauterscheinungen befallen hauptsächlich das Gesicht, den Kopf und die Extremitäten, nicht den Stamm. Im Beginn treten stecknadelkopf- bis erbsengroße, mit einer Exsudation einhergehende Erytheme auf, die bis Fünfmarkstückgröße sich ausdehnen. Die Ränder sind nicht scharf, ein Konfluieren der Effloreszenzen findet nicht statt, sie sind von rötlicher Farbe. Während des Größerwerdens treten bis stecknadelkopfgroße Pustelchen auf. Histologisch betrafen die Veränderungen hauptsächlich das Stratum Malpighii mit Ödem, Akanthose und Pustelbildung, sowie die Kutis mit Ödem und diffusen Leukozyten-Infiltraten, die zum Teil in Vereiterung übergehen und um die Hautadnexe gruppiert

Digitized by Google

sind. Bakteriologische Untersuchungen ergaben keinen positiven Befund. Die Erkrankungen betrafen das männliche Geschlecht im Alter von 19—46 Jahren verschiedener Berufe. Die Krankheit verlief meist akut, hatte meistens eine günstige Prognose, doch kam auch ein letaler Fall vor. Die Obduktion ergab trübe Schwellung und fettige Degeneration der parenchymatösen Organe und Infektionsmilz. Differentialdiagnostisch stand das Krankheitsbild der Impetigo herpetiformis Hebra und dem Erythema exsudativum multiforme am nächsten. Verf. glaubt, daß die Krankheit durch noch unbekannte Bakterien oder Toxine hervorgerufen wird und bezeichnet sie vorläufig mit „Erythema septicotoxicum".

Bau der Epidermis, von C. Kreibich-Prag. S. 60—68. Verf. beschreibt histologische Bilder von Epithelzellen, die, „wie er sie sieht", sich wesentlich von den Anschauungen Friboes unterscheiden. Gelockerte Epithelzellen, die durch Quellung im Thermostaten entstehen, Kankroidzellen durch Röntgenstrahlen gelockert, dienten dem Verf. als Ausgangspunkt seiner mikroskopischen Untersuchungen von Gefrier- und Paraffinschnitten. Er fand, daß jede Zelle in sich abgeschlossen ist und durch radiäre und zirkuläre Epithelfasern oder Membranen in Kammern eingeteilt ist. Die radiären Fasern buchten die äußerste zirkuläre Zellmembran nach außen, und da, wo sie mit einer entsprechenden Ausbuchtung einer anderen Zelle zusammentreten, entsteht ein Brückenknopf, eine Interzellularbrücke, die in sich zwei selbständige Membranen enthält. Ein Hinaustreten von Protoplasmafäden von einer Zelle in die andere konnte nicht nachgewiesen werden. Die Hohlräume, die durch Aneinanderliegen der Zellausbuchtungen entstehen, sind Saftlücken, Saftkanäle, die unter anderem Lipoidkugeln, Leukozyten enthalten können. Da jede einzelne Zelle ein kompliziertes Gebilde von Kugel- resp. Eiform mit Ausbuchtungen ist und ein Geflecht von Fasern besitzt, kann nur ein ganz paralleler Schnitt detaillierte Aufklärung über Strukturverhältnisse geben, sonst entstehen die so häufigen Täuschungen.

Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum (Kaposi), von G. Braun und E. Seuffer, Med. und dermat. Univ.-Klinik Rostock. S. 69—87. Bericht zweier typischer Fälle, von denen der eine histologisch eine mehr sarkomatöse und der andere eine mehr spindelzellige Bindegewebswucherung zeigte.

Über das Verhalten der sogenannten Basalmembran als Bindemittel zwischen Epidermis und Kutis, von Attilio Busacca, Univ.-Inst. f. patholog. Histol. u. Bakteriol. u. Klinik Finger, Wien. S. 88—95. Verf. tritt der Auffassung Friboes entgegen, der sich die Basalmembran zwischen Deckepithel und Bindegewebe als ein Netz von untereinander verflochtenen Fasern denkt. Verf. fand als Verbindeelemente zwischen Epithel und Papillarkörper kleine hinaufsteigende Fäserchen, die von Bindegewebsfasern ausgingen, die längs dem Papillarkörper verliefen. Diese kleinen Widerhaken sowie die wellige Beschaffenheit der Papillarkörper sind mit die Ursache der Elastizität und der Festigkeit der Haut.

Über die pharmakologische Wirkung des Neosalvarsans. 1. Mitteilung: Wirkung des Neosalvarsans auf den überlebenden Darm, von A. Perutz und M. Rosenmann, Pharmakol. Univ.-Institut Wien. S. 96—104. Erst durch verhältnismäßig große Gaben von Neosalvarsan tritt eine toxische Wirkung auf den überlebenden Warmblüterdarm ein; Kaltblüterdarm erwieß sich als empfindlicher. Oxydiertes Neosalvarsan unterschied sich von unoxydiertem in seiner Wirkung nicht. Drei- und fünfwertige Arsenverbindungen sowie Natriumnitrat brachten keine dem Neosalvarsan ähnliche Wirkungen hervor.

Über Ikterus nach Salvarsanbehandlung der Syphilis, von H. Wosegien, Univ.-Hautkl. Königsberg. S. 105—117. Verf. gibt einheitliche Gesichtspunkte wieder, die ermöglichen zu unterscheiden, ob ein Ikterus als Folge einer Lues oder als Folge einer Salvarsanintoxikation anzusehen ist. Unter 42 Fällen von Ikterus war bei 33 Fällen Lues, bei 9 Fällen Salvarsan die Ursache.

Über einen Fall von Epithelioma adenoides cysticum in Kombination mit hämangiomatösen Bildungen, von F. Bacher, Univ.-Hautkl. Breslau. S. 118—122. Das histologische Bild zeigte die Besonderheit, daß sich neben den typischen Veränderungen noch Haufen von epithelähnlichen Zellen mit einer Bindegewebskapsel und mit hämangiomartigen Bluträumen versehen vorfanden. Es fanden sich diese Veränderungen in den Tumoren der Schläfengegend, während die Gesichtsgeschwülste den reinen Typus des Ep. ad. cyst. aufwiesen. Mehrere am Arm befindliche Tumoren zeigten histologisch eine hämangiomatöse Bildung, ohne den typischen Bau des Ep. ad. cyst. aufzuweisen.

Digitized by Google

Über das biologische Verhalten der zur Gruppe des Chrysarobins gehörenden Hautmittel, von WALTER PATZSCHKE, Forsch.-Inst. f. klin. Pharmakologie Hamburg-Eppendorf. S. 123—151. Auf Grund experimenteller Untersuchungen und klinischer Versuche konnte Verf. die Wirkungsweise der Anthranole, des Chrysarobins, des Anthrarobins und Cignolins und deren Oxydationsprodukte der Anthrachinone, wie oxydiertes Chrysarobin, Istizin und Alizarin untersuchen. Anthrarobin besitzt eine gewisse bakterizide Kraft, Chrysarobin und Cignolin nicht. Die therapeutische Wirkungsweise des Chrysarobins und Cignolins beruht nicht in der Abgabe von Sauerstoff, da die Anthrachinone, die keine therapeutische Wirkung ausüben, besonders viel Sauerstoff entwickeln. Eine Entziehung von Sauerstoff konnte auch nicht als Grund der therapeutischen Wirkung angenommen werden, da beispielsweise Anthrarobin und Cignolin dieselben Mengen Sauerstoff zur Oxydation brauchen, aber nur letzteres therapeutisch die Psoriasis beeinflußt. Cignolin und Chrysarobin sind Protoplasmagifte, während Anthrarobin und die Gruppe der Anthrachinone nicht mit dem Eiweiß Verbindungen eingehen. Die Oxydation des Cignolins und des Chrysarobins schwächt deren Wirkung und führt zu einer Entgiftung im klinischen Sinne. Eine Resorption der Anthranole sowie Anthrachinone findet auch von intakter Haut statt. Es findet die Ausscheidung hauptsächlich durch die Niere und wahrscheinlich nur im oxydierten Zustande statt, daher schädigen sie die Niere nur im geringen Grade. Methämoglobin konnte nicht festgestellt werden.

Lichen-ruber-artige Salvarsanexantheme, von W. FREI und P. TACHAU, Univ.-Hautkl. Breslau. S. 152—158. Drei Fälle, von denen der eine sich hervorhebt durch gruppierte Follikelkeratosen mit spinulöser Verhornung und durch umfangreiche tylotische Keratosen an den Fußrändern. Bei dem zweiten Fall bestanden neben Lichen-ruber-ähnlichen Effloreszenzen eine Dermatitis und diffuse Hyperkeratosen. Bei dem dritten Fall betrafen die Veränderungen die Mundschleimhaut und die Hände. Die Verff. werfen die Frage auf, warum gerade erst in letzter Zeit diese Salvarsanexantheme beobachtet wurden. Sie betonen auch die auffallende Erscheinung des gleichen histologischen Bildes mit dem ersten Lichen ruber und daß schon zwei toxische Lichen-ruber-ähnliche Exantheme bekannt geworden sind: neben den soeben beschriebenen Salvarsanexanthem die lichenoide „Kriegsdermatose" (HABERMANN).

E. Hornemann-Lüneburg.

1922, Bd. 141, H. 2.

Der systematisierte Talgdrüsennävus, von JULIUS K. MAYR, Univ.-Hautklinik München. S. 159—170. Im ersten der beiden mitgeteilten Fälle wurde ein bandförmiger Streifen, 1 : 8 cm, entlang dem rechten Unterkiefer und im zweiten Falle ein gleicher festgestellt, der sich an der rechten Seite des Sternums hinzog. Histologisch fanden sich traubige Epithelstränge, welche teilweise zystische Hohlräume mit einem Inhalt von Hornmassen und Talg enthielten. Beide Beobachtungen weisen eine Lokalisation auf, die mit einem fötalen Spaltenschlusse übereinstimmt.

Über den Mongolenfleck bei Europäern. Ein Beitrag zur Pigmentlehre, von ALI AHMED EL BAHRAWY, Hautkl. Zürich. S. 171—192. Die Untersuchungen umfassen ein Material von 112 Fällen, 10 Embryonen, 11 Neugeborene und 91 Kinder und Erwachsene bis zum Alter von 82 Jahren. Die Pigmentzellen des Mongolenfleckes in den unteren Schichten des Koriums der Kreuzbeingegend treten erstmals im fünften Embryonalmonat auf und verschwinden während der späteren Kindheit. Beim Erwachsenen sind sie nur ausnahmsweise anzutreffen. Ihre Menge ist verschieden, kann aber bei normalen Neugeborenen der weißen Rasse diejenige der eigentlichen Mongolenflecke beinahe erreichen. Die Zellen geben eine positive Dopareaktion, sind also Melanoblasten. Phylogenetisch sind sie als Atavismus, Reste des Affenpigmentes, aufzufassen. Der Mongolenfleck ist keine Besonderheit der mongolischen Rasse, sondern auch bei den Europäern während einer bestimmten Lebensperiode mit absoluter Regelmäßigkeit zu finden. Er kommt auch außerhalb der Kreuzbeingegend vor, blauer Nävus (JADASSOHN).

Ein Fall einer bisher nicht beschriebenen Hauterkrankung (Epidermodysplasia verruciformis), von F. LEWANDOWSKY † und W. LUTZ, Hautkl. Basel. S. 193—203. Seit der Geburt besteht bei der Pat. ein über den ganzen Körper verbreiteter Ausschlag. Die Effloreszenzen, 1 mm bis 2 cm im Durchmesser, rundlich, polyzyklisch und scharf begrenzt, sind von dicken, gelblichen und fettigen Schuppen bedeckt, die sich oberflächlich leicht abheben lassen. Nach Wegkratzen der restierenden Schuppen erscheint eine feuchte, blaßrosa bis dunkellividrote Fläche, aus der auch feinste Blutpunkte hervortreten. Die oft konfluenten weißlichen Herde heben sich von der bräunlichen,

Digitized by Google

leicht schuppenden Haut deutlich ab. An den Vorderarmen und Händen ist der Typ der Effloreszenzen anders, bald schuppend, bald glatt. In diesem Falle glänzend, lichenoid gefeldert, livid und scharf begrenzt, wie juvenile Warzen, mitunter auch facettiert. An der Innenfläche der Hände wurden noch miliare, kaum prominente Hornkugeln bemerkt. Die erste Art der Effloreszenzen zeigt mikroskopisch eine Quellung der Retezellen, die zu einer starken Verbreiterung der Zapfen führt. Die Hornschicht ist aufgesplittert und ihre Kerne sind erhalten. Bei der zweiten Form besteht eine reine Akanthose und eine ausgesprochene Hyperkeratose. An der Stirn hatten sich einige Tumoren (Hornkugelkankroide) und an den Händen noch Verrucae vulgares gebildet. Hervorgehoben wird die Blutsverwandschaft der Eltern und der vorübergehende Einfluß der Therapie, Röntgen.

Zur Frage der Staphylokokkenmischinfektion bei Impetigo streptogenes, von F. Pitsch, Hautkl. Basel. S. 204—211. Als Toxin wurde filtrierte, drei Tage mit Reinkulturen bebrütete Neutralbouillon verwendet. Die epidermale Anwendung mit Salben und Impfung der Toxine blieb ergebnislos, deshalb wurden intradermale Injektionen gewählt. Aureusstämme übten bei etwas ausgedehnterer Erkrankung, auch bei stärkerer Mischinfektion, eine gewisse allergieerzeugende Wirkung aus. Das Toxin ergibt nicht bloß als Autotoxin, sondern auch bei anderen Aureuskranken eine Reaktion. Albusstämme produzieren ein viel stärker reizendes Toxin mit zahlreichen unspezifischen Reaktionen. Einzelne Pat. reagieren nur auf das Toxin ihres eigenen Stammes.

Über multiple Basalzellenepitheliome der Rumpfhaut. (In einem Fall hemilateral gelegen, mit kontralateraler bindegewebiger Hyperplasie des Beines), von M. de Buman, Hautkl. Basel. S. 212—224. Es handelt sich um drei Fälle, in denen der größere Teil der Hauteffloreszenzen ein identisches Aussehen bietet. Einesteils scheibenförmige, narbige Atrophien, denen zum Teil unregelmäßig eingestreut, zum Teil perlschnurartig, ringförmig an der Peripherie gelegen, derbe, kleine, glänzende, weißliche Knötchen eingelagert sind. Andernteils finden sich ulzeröse Herde, die Gummen auffallend gleichen und ebensolche Narben hinterlassen. Merkwürdig war, daß die Epitheliome multipel auftraten und in den ersten beiden Fällen nur auf einer Seite des Körpers lokalisiert waren. Im ersten Falle bestand am anderen epitheliomfreien Beine eine elefantiastische Verdickung, im zweiten eine reichliche Entwicklung von Pigmentnävis. Schließlich war bemerkenswert der Beginn in relativ frühem Lebensalter und der benigne Verlauf.

Ein Fall von eigenartiger Dyskeratose (Epidermodysplasia verruciformis), von H. Fuchs-Basel. Mitteilung eines weiteren Falles der von Lewandowsky und Lutz beschriebenen Krankheit.

Über Syringome. Ein Beitrag zu ihrer Genese und Systematik, von O. Gans, Hautkl. Heidelberg. S. 232—243. Mitteilung von zwei Fällen. Aus der histologischen Untersuchung wird geschlossen, daß die Syringome nicht allein von den Schweißdrüsen oder ihren Ausführungsgängen, oder gar von der Epidermis als solcher abzuleiten sind, sondern mit allen jenen Gebilden in Beziehung stehen. Die Syringome müssen sich entweder aus einer kongenitalen Anlage vor der Differenzierung der Schweißdrüsen im fünften Fötalmonat, oder aus abgestoßenen Zellen der Schweißdrüsen, der Ausführungsgänge, der Epidermis frühzeitig oder später entwickeln. Gegen die Auffassung einer endothelialen Herkunft wird Stellung genommen. Das Vorkommen von Blut in zystischen Syringomen beruht auf dem Einwachsen von Kapillaren.

Einzeitige Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan-Novasurol, von H. J. Markert, Hautkl. Würzburg. S. 244—250. Zu den üblichen Injektionen mit Neosalvarsan wurde 0,5—1,0 Novasurol intravenös gegeben, 2 ccm des letzteren scheint sich nicht bewährt zu haben.

Zur Frage der Faltenbildung der Kopfhaut, insbesondere der Cutis verticis gyrata, von H. Fischer, Hautkl. Köln. S. 251—315. Die Arbeit berücksichtigt sämtliche einschlägigen Fälle, ältere wie neuere, sowie diejenigen der psychiatrischen Literatur. Soweit sich ihre Ätiologie feststellen läßt, werden sie unterschiedlich besprochen: 1. Fälle mit entzündlicher Genese, 2. ohne eine solche, 3. verursacht durch nävogene Neubildung und 4. durch Akromegalie und ähnliche Zustände. Die Kopfschwarte und ihre Beziehungen zur Unterlage enthalten die Bedingungen, welche zur Faltenbildung der Kopfhaut führen. Zwischen Korium und Galea bestehen Verbindungsstränge. Sie bewirken bei Volumenszunahme der Kopfhaut die Furchenbildung. Werden z. B. durch einen Tumor Stränge zerstört, so gleicht sich an dieser Stelle die Faltenbildung aus.

Digitized by Google

Die Fälle von Faltenbildung der Kopfhaut sind in zwei Gruppen zu scheiden. Einerseits in eine solche, die durch pathologische Prozesse hervorgerufen wird. Hierbei kommen in Frage: entzündliche Veränderungen, bindegewebige Hyperplasien, Tumoren, Fibrome, Neurofibrome, Zellnävi und Veränderungen der Haut bei Allgemeinkrankheiten, die zu einer Gewebszunahme führen, wie Akromegalie, Myxödem, Kretinismus und Leukämie. In diesen Fällen ist die Faltenbildung symptomatisch. Andererseits findet sich eine Gruppe, bei der es zu einer Faltenbildung der normalen Haut kommt durch Verbreiterung im ganzen. Diese Art der Faltenbildung gehört in das Gebiet der Entwicklungsanomalien; vergleichbar der Kopfhaut mancher Säugetiere, Löwen, Tiger, Puma, Bulldogge und Boxer, wo die Faltenbildung mit Muskelhilfe noch hervorgebracht und verstärkt werden kann. Beim Menschen ist sie als ein Rückschlag aufzufassen in einer Zeit, wo die Ahnen noch Kopfhautmuskeln besaßen und ihre Kopfhaut bewegen konnten. Das bei Tieren weit verbreitete Vermögen, die Kopfhaut in Falten zu legen, klingt beim Menschen nach (Fischer). Zum Schluß wird vorgeschlagen, beide Gruppen auch in der Nomenklatur zu unterscheiden. Die zweite Gruppe ist die echte Cutis verticis gyrata oder Cutis verticis striata; die erste ein jeweiliger pathologischer Prozeß in der Form der Cutis verticis gyrata.

Über Dermatitis reticularis, von Karl Herxheimer und J. Koppenhöfer, Hautkl. Frankfurt a. M. S. 316—324. Die Affektion besteht in einer unregelmäßig strichförmigen Rötung, die sich in der Form eines Netzes über ganze Gebiete oder den Körper selbst lückenlos ausdehnt. Die Rötung ist lebhaft, schmal und umfaßt Hautstellen von 1—2 cm Durchmesser, die vielgestaltig, aber normal sind. Diese Erscheinung tritt auf bei Pat., die an einer Ichthyosis vulgaris geringsten bis mittleren Grades leiden. Die histologische Untersuchung ergibt eine entzündliche Reaktion der oberflächlichen Hautgefäße. Das Auftreten der Dermatitis wird hervorgerufen durch die Einwirkung chemisch differenter Mittel. Es konnte künstlich hervorgerufen werden durch Schwefelbäder, Umschläge mit Borwasser und essigsaurer Tonerde. Das Eindringen derartiger Mittel in die zwischen den Hautfeldern sich bildenden feinsten Rhagaden löst das Bild dieser Dermatitis aus. H. Vörner-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Über die Kolloidnatur des Quecksilbers bei der intravenösen Injektion von Neosalvarsan-Quecksilbersalzmischungen, von C. Tollens-Kiel. (M. m. W., 1921, Nr. 1, S. 15.) Die Wirkung des Lesserschen Quecksilbersalz-Neosalvarsangemisches beruht bekanntlich nicht, wie Lesser meinte, auf der Entstehung einer Quecksilbersalvarsanverbindung, sondern auf der vereinigten Wirkung eines Salvarsanrestes und von durch Zersetzung des Quecksilbersalzes entstehenden kolloidalem Quecksilber. Tollens hat nun kolloidales Quecksilber (Klopfer) dem Neosalvarsan zugesetzt (0,08 g Hydrargyrum colloidale [8%ige Lösung] + 0,4 Neosalvarsan). Erfolg gut. Keine Störungen. Die Bildung von Arsenoxyden wird dadurch vermieden, weil das Hydrargyrum colloidale keinen zersetzenden Einfluß auf das Salvarsan ausübt.

A. v. Notthafft-München.

Über Haut- und Schleimhautblutungen mit Knochenmarksschädigungen und tödlichem Ausgang nach Salvarsan-Hg-Kollargolbehandlung. (Einige Bemerkungen zu dem Aufsatze von Vill in M. m. W., 1921, Nr. 52), von J. Voigt-Göttingen. (M. m. W., 1922, Nr. 13, S. 474.) Der Aufsatz wendet sich gegen die gefährliche Anwendung der massigen Kollargoldosis Vills in Verbindung mit Salvarsan-Quecksilber; $^1/_4$—$^1/_2$%ige Lösungen genügen schon. A. v. Notthafft-München.

Ein Jahr Lesser-Verfahren, von v. Pezold-Karlsruhe. (M. m. W., 1922, Nr. 5, S. 151.) 3700 Einspritzungen in 591 Kuren. In der Regel 0,45—0,75 Neosalvarsan + 1 ccm 1%ige Sublimatlösung. Gesamtmenge in einer Kur: 4,5—5,4 Neosalvarsan in 7—10 Einspritzungen. Das Verfahren wird wegen seiner Annehmlichkeit, Schmerzlosigkeit, Billigkeit und seiner geringen Störung der Erwerbsfähigkeit als beste Art der kombinierten Quecksilbersalvarsanbehandlung gerühmt. Störende Erscheinungen

Digitized by Google

oder Folgen seien nicht zu beobachten. Die syphilitischen Erscheinungen schwinden schnellstens. Dagegen ist aus der WR zu schließen, daß die Dauerwirkung, vielleicht wegen der geringen Hg-Menge, nicht stark ist. A. v. Notthafft-München.

Weitere Erfahrungen in der Behandlung der Syphilis mit Metallsalvarsan-(Silber-) Novasurolgemischen, von G. Vill und H. Schmitt, Univ.-Hautkl. Greifswald. (M. m. W., 1922, Nr. 15, S. 549.) Silbersalvarsan und Novasurol sollen vor der Einspritzung eine Minute aufeinander einwirken. Es entstehen hierbei andere Verbindungen als beim Zusammenwirken von Neosalvarsan und Sublimat; denn die Spritze knirscht nicht. Bei einzelnen Kranken wurden, um Depot- und Dauerwirkung zu erhöhen, von der Lösung Silbersalvarsan 0,1—0,15 in 1 ccm Novasurol während jeder Kur noch 2—3 intramuskuläre Injektionen neben den endovenösen gegeben. Schmerzhaftigkeit z. T. erheblich. Es wurden gegeben: bei Lues I mit WR — 10 Injektionen von insgesamt 2,0—2,5 Silbersalvarsan + 15—20 Novasurol, 4 Wochen nach Schluß nochmals 8 Einspritzungen; bei Lues I mit WR + oder schwankend: 12—14 Injektionen von insgesamt 2,5—3,0 Silbersalvarsan + 20—35 ccm Novasurol; 2malige Wiederholung im gleichen Jahr; bei Lues II: 5 Kuren, hiervon im 2. Jahr 2, wenn nach 1. Kur kein klinischer, nach 2. kein serologischer Rückfall; bei Lues latens Behandlung verschieden, je nach der Zahl der vorausgegangenen Kuren und dem Verhalten der WR; bei späten Hautsyphiliden Behandlung bis zum Schwinden der Symptome und Nachschicken einer weiteren Kur nach 8 Wochen; keine Beachtung der WR. Die klinischen Erscheinungen gingen rasch zurück, Primäraffekte ohne zurückbleibenden Infiltrationswall (Gegensatz zu Sublimatsalvarsan), Drüsen und organisierte Papeln langsam. Die Spirochäten waren in der Regel nach 24 Stunden verschwunden, bei der zweizeitigen Methode oft erst nach 48. Abheilen der Liquorveränderungen, keine Liquorrezidive. Bei ungenügender Kur und zu langen Zwischenräumen zwischen den Kuren gelegentlich klinische und Blutserumrückfälle. Daher immer mehrere Kuren! Seltene und geringe Nebenwirkungen. Die augenblickliche Wirkung auf die WR war die bei anderen guten Behandlungen beobachtete. Die einzeitige Methode reicht in der Wirksamkeit an die zweizeitige heran, erfordert weniger Zeit und hat weniger Nebenwirkungen.

A. v. Notthafft-München.

Über die einzeitige Behandlung der Syphilis mit der Neosalvarsan-Cyarsalmischung. (Sulla cura contemporanea della sifilide con la miscella „Neosalvarsan-Cyarsal"), von Saverio Carabellese, Klin. Ducrey-Rom. (Policlinico, 1922. Nr. 31.) Bericht über die Behandlung von 46 dem Primär-, Sekundär- und Tertiärstadium angehörenden Formen von Syphilis mit der Cyarsal-Neosalvarsanmischung. Technik die übliche, nur daß das Cyarsal in immer größeren Dosen von Neosalvarsan gelöst wurde, bis zu 0,9 ansteigend. Im ganzen wurden 4 g Neosalvarsan und 11 ccm^3 von Cyarsal pro Kur gegeben. Das Mittel wurde lokal und allgemein sehr gut vertragen, nur in 1 Fall wurde Herxheimer, in 1 Falle vorübergehende Albuminurie beobachtet. Die Wirksamkeit war ausgezeichnet sowohl auf die Symptome, besonders bei Primär- und Sekundärsyphilis, als auch auf die WR. Verf. kann die Methode in jeder Hinsicht empfehlen.

E. Freund-Triest.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

In Budapest erscheint seit Februar eine von Dr. Egyidi und Dr. Lehner, Assistenten der Graf Apponyischen Poliklinik, herausgegebene Dermatologische, urologische und venerologische Monatsschrift (Börgyógyaszáti Urologiai és Venerologiai Szemle).

Habilitiert: Dr. Edmund Hofmann, Assistent der dermatologischen Klinik in Bonn.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Konrad Alt, Direktor der Irrenanstalt in Uchtspringe; er hat als erster das Salvarsan praktisch angewendet. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

7. April 1923 | Nr. 14 | Band 76

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien
(Vorstand: Hofrat Prof. Dr. Gustav Riehl).

Zur Behandlung der Erfrierungen mit X-Strahlen.

Von

Dr. Herbert Fuhs, Assistent.

Zur Behandlung und Heilung der ebenso lästigen als häufigen Folgen der Kälteeinwirkung auf die Haut, der Erfrierungen 1. und 2. Grades, hat nicht bloß die Volksmedizin eine Reihe von Mitteln und Methoden in Gebrauch, sondern auch die Ärzte haben auf Grund von Erwägungen über die biologischen Vorgänge bei der Erfrierung und auf Grund von praktischen Erfahrungen eine Unzahl von Heilverfahren und angeblich spezifisch wirkenden Mitteln angegeben. Schon die große Anzahl dieser Empfehlungen zeigt, daß die erwartete Heilwirkung keineswegs spezifischer Natur gewesen ist, und der Wunsch nach besseren Methoden noch heute besteht.

Im Zeitalter der Strahlentherapie ist auch auf diesem Gebiete manch Neues versucht und als wirksam empfohlen worden, so z. B. die Quarzlichtbestrahlung (Jost u. a.), die sich aber bei weiterer Erfahrung den älteren Behandlungsmethoden nicht als überlegen erwiesen hat.

Dagegen wurden in den letzten Jahren, so besonders von Holzknecht und seinen Schülern (Pordes, Lenk, Kriéser, Winternitz), ferner von Rothbart u. a., sowie von amerikanischen und japanischen Autoren (Fujinami) ausgezeichnete Erfolge mit der Röntgenbestrahlung von Frostbeulen leichter und schwerer Natur, sowie von Kongelatio im allgemeinen (Wachtel) verzeichnet.

Und zwar führt Lenk aus Holzknechts Röntgenlaboratorium an, daß vielfach bereits nach der ersten Bestrahlung mit $^1/_8$—$^1/_2$ E.D. harter, durch 0,5 mm Aluminium gefilterter Strahlen binnen wenigen Tagen Juckreiz sowie Rötung und Schwellung der Haut schwinden. Auch schwerste, mit Blasenbildung und Exulzeration einhergehende Perniones konnten nicht selten durch eine einzige Bestrahlung zur Überhäutung und zum Abklingen gebracht werden. Dieser Zustand hielt den ganzen Winter über oder zumindest mehrere Wochen an, und eventuelle Rezidive durch neuerliche Kälteeinwirkungen ließen sich dann stets rasch beseitigen. Auch Rothbart hatte unter 27 Fällen 26 subjektiv geheilte, sowie objektiv geheilte oder doch wesentlich gebesserte Fälle nach einer einzigen Bestrahlung mit harter Röhre (20—40 F/1—2 Al.).

Nach Holzknechts und Kriesers Erfahrungen endlich gewährleisten im Herbst vor Eintritt der großen Kälte vorgenommene, prophylaktische

Digitized by Google

Bestrahlungen einen sicheren Schutz gegen die sonst bei dazu disponierten Personen regelmäßig eintretenden Perniones.

Mit der Um- und Ausgestaltung ihrer Röntgeneinrichtung kam auch die Klinik RIEHL in die Lage, einschlägige Fälle in größerer Zahl der Behandlung mit X-Strahlen zuzuführen. Das im Winter des vergangenen und im Herbst und der ersten Winterhälfte des laufenden Jahres darüber gesammelte Beobachtungsmaterial ermöglicht es, wieder einmal vom dermatologischen Standpunkt aus zu der Wirksamkeit jener Behandlungsart der Kongelatio Stellung zu nehmen. Es erscheint dies nicht ganz unangebracht, da die so überaus günstigen Behandlungsresultate besonders von Radiologen auch einer zurückhaltenderen Auffassung von Dermatologen begegneten. So konnte u. a. SCHREUS bis auf eine leichte Linderung des Juckreizes keinen deutlichen Einfluß auf den Verlauf der Perniones durch Röntgenbestrahlung (harte Röhre, 0,3—0,4 E.D. bei 0,5 mm Al.-Filter) beobachten.

An der Klinik wurden bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt im ganzen 35 Patienten mit Kongelatio mit X-Strahlen behandelt. Übersichtshalber seien sie nach der Schwere der klinischen Erscheinungen an der Haut der befallenen Körperteile (Hände, Füße eventuell auch angrenzende Vorderarm- bzw. Unterschenkelpartien) in 3 Gruppen zusammengefaßt:

Fälle von Kongelatio 1. Grades, die eine lividrote Verfärbung sowie eine mehr diffuse, ödematöse Schwellung zeigten.

Fälle von Kongelatio 2. Grades, wo sich zu der venösen Hyperämie und dem Ödem noch teigigweiche, flache oder mehr erhabene, unscharf begrenzte Knoten hinzugesellten, welche durch ihre fast zinnoberrote Farbe von der lividen diffusen Verfärbung der umgebenden Haut sich abhoben (Perniones).

Darunter Fälle von besonderer Ausprägung und Intensität der bereits erwähnten Erscheinungen, zu denen sich noch über verschiedenen Knoten Blasenbildung teils blutigen Inhalts, schließlich noch Exulzeration nach Schwund der Blasendecke hinzugesellten (Perniones exulceratae).

Um ein möglichst ungetrübtes Bild der therapeutischen Wirkung der X-Strahlen auf diese Krankheitsformen zu gewinnen, wurden neben der Bestrahlung den Patienten höchstens Wechselbäder, bei ganz schweren Graden auch noch Umschläge mit zehnfach verdünnter Sol. aluminii acetici sowie gewisse prophylaktische Maßnahmen (das Tragen warmer Wollhandschuhe, Pulswärmer usw.) verordnet. Nur die Fälle von Kongelatio, die nicht bestrahlt wurden, erhielten außerdem Massage und eine der an der Klinik üblichen Salben mit Kampfer, Resorzin und Perubalsam. Ihr Verlauf wurde mehrfach kontrollweise mit dem bestrahlter Patienten von annähernd gleichstarker Ausbildung der klinischen Krankheitserscheinungen verglichen. Die Gleichförmigkeit der überwiegenden Zahl der Krankengeschichten, besonders der Dekursuse nach der Bestrahlung, erübrigt eine ausführliche Wiedergabe. Nur als anschaulichere Belege verschiedener im weiteren erörterter Beobachtungen soll die eine oder andere Aufzeichnung über die betreffenden Fälle skizzenhaft notiert werden.

Unter den 35 mit X-Strahlen behandelten Fällen zeigten im ganzen 10 in der Folge eine deutlich ausgesprochene Besserung,

Digitized by Google

die indes kaum einer Heilung im klinischen Sinne gleichzusetzen war. Davon entfielen 2 auf den leichtesten, 3 weitere auf den mittleren, die übrigen 5 auf den schwersten Grad des Leidens. Sämtliche übrigen Patienten wurden auch bei ein- und zweimaliger Wiederholung der Dosis (harte Röhre, 2—3 H bei 0,5—1 mm Al.) in Intervallen von 2—3 Wochen nicht oder nur wenig durch die Bestrahlung gebessert. Bestenfalls konnte allmähliche Epithelisation, langsame Abflachung einzelner Knoten bzw. leichter Rückgang der diffusen Schwellung beobachtet werden. Die subjektiven Beschwerden, namentlich der intensive Juckreiz in der Wärme, wurden nur in wenigen Fällen kurze Zeit nach der Bestrahlung merklich gelindert. Nicht selten beklagten sich die Patienten eher über eine Zunahme des Brennens und Juckens in den erkrankten Gliedern. Hand in Hand damit konnte bei leichteren Fällen nach 1—2 Bestrahlungen zuweilen eine Steigerung der klinischen Symptome zu dem Krankheitsbilde von Perniones höherer Stufe verfolgt werden. Diese Beobachtungen betrafen hauptsächlich Patienten, die vor stärkerem Einsetzen des Frostes im Herbst mit dem Leiden die Klinik aufsuchten und 1 bis 2 schwache Röntgenstrahlendosen erhielten.

Fall 32. 36jähr. Pat., deren Hände seit mehreren Jahren mit Eintritt der kalten Witterung blau werden und anschwellen. Bestand des gegenwärtigen Rezidivs seit einem Monat. Intensive livide Verfärbung sowie Schwellung der Haut sämtlicher Finger und der angrenzenden Handrücken. An zahlreichen Stellen heller- bis kronengroße, zum Teil exulzerierte, knotenförmige, flache Infiltrate von hell- und blauroter Farbe. 18. XI. 1922 Bestrahlung der linken und rechten distalen Hand- samt Fingerrücken (3 H bei 0,5 mm Al., harte Röhre). In der Zwischenzeit Wechselbäder. 2. XII. Subjektive Beschwerden wenig gebessert; objektiver Status nahezu unverändert. Wiederholung der gleichen Dosis. 16. XII. Das Brennen und die Schmerzen im Bereiche der erkrankten Partien haben zugenommen. An einzelnen Stellen der Finger und Handrücken Auftreten neuer Knoten; mehrfach Zunahme der Blasenbildung und Ulzeration neben Epithelisation und Abflachung einzelner alter Knoten, Strahlenbehandlung wird ausgesetzt; Wechselbäder, Burowumschläge, über Tag Borsalbe auf die erodierten Partien.

Das Versagen der X-Strahlen bei erwähnten Fällen, wobei nicht einmal eine Verschlimmerung des Leidens verhütet werden konnte, schneidet eine wichtige Frage an: Gewährt eine im Herbst vorgenommene prophylaktische Röntgenbestrahlung einen sicheren Schutz gegen die sonst im Winter regelmäßig eintretenden Perniones? Holzknecht und Kriesek bejahen diese Frage und empfehlen daher die einmalige prophylaktische Bestrahlung.

Wir sind geneigt auf Grund unserer an dem vorliegenden Material gemachten Erfahrungen die Frage vorläufig eher im negativen Sinne zu entscheiden. Denn einerseits zeigten Patienten, die mit einem ganz leichten Grad von Perniones im Oktober und Anfang November 1922 in Behandlung der Klinik traten, auf ein- bis zweimalige Applikation von 2—3 H bei 0,5—1 mm Al. fast durchweg nicht nur keine Besserung, sondern in einigen Fällen direkt eine Verschlechterung. Andererseits konnte auch bei Fällen, die schon hier und da im Winter 1921 wegen ihren Frostbeulen an der Klinik röntgenbestrahlt wurden, im darauffolgenden Herbst ein Rezidiv nicht verhütet werden, trotzdem bei einigen Fällen zudem noch mit Eintritt der stärkeren Kälteperiode eine prophylaktische Bestrahlung erfolgte. Die Krankengeschichte einer der letzteren Patienten sei auszugsweise wiedergegeben.

Digitized by Google

Fall 10. 25jähr. Pat., die seit mehreren Wintern an erfrorenen Händen leidet. Das gegenwärtige Rezidiv besteht seit drei Monaten. Starke blaurote Verfärbung der Finger und Handrücken, mehrere, sehr schmerzhafte knotige Infiltrate im Bereiche der Finger von teigigweicher Konsistenz, unscharfer Begrenzung und zinnoberroter Farbe. Brennen und Jucken in den befallenen Partien. 10. II. 1922. Bestrahlt mit harter Röhre, 3 H bei 1 mm Al. In der Zwischenzeit Wechselbäder, in der ersten Woche nach der Bestrahlung auch Umschläge und Dunstverbände mit Burow. 8. III. Mäßiger Rückgang der Schwellung, Linderung des Juckreizes. Wiederholung der gleichen Dosis. 22. III. Weiterer Rückgang der Erscheinungen, nur noch livide Verfärbung und leichte ödematöse Schwellung der Finger- und Handrücken. Wechselbäder, Ichthyolzinkpasta. Während der wärmeren Jahreszeit war die Haut annähernd normal. Im Herbst neuerlich mäßige livide Verfärbung der Fingerrücken und angrenzenden Handpartien, Kältegefühl in den Händen. 8. XI. 1922. Prophylaktische Bestrahlung (2 H bei 0,5 mm Al., harte Röhre). 22. XI. Status wenig verändert, die Schwellung der erkrankten Glieder hat eher etwas zugenommen. Wiederholung der Dosis, daneben Wechselbäder. 6. XII. Pat. klagt über intensiven Juckreiz und pamstiges Gefühl in den Fingern, vereinzelte knotige Infiltrate von weicher Konsistenz in den wenig veränderten erkrankten Partien.

Auf das eventuelle Vorkommen von Rezidiven bei neuerlicher Kälteeinwirkung hat u. a. auch schon Lenk hingewiesen. Allerdings findet er fast stets prompte Beseitigung auch des Nachschubes durch eine einzige schwache Bestrahlung, was die Erfahrungen der Klinik im allgemeinen nicht bestätigen können. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Klinik (72%) hat somit die Röntgentherapie — wenigstens in der beschriebenen Form — versagt.

Welche Bewandtnis hat es mit den restlichen, günstiger beeinflußten Fällen (28%)? Läßt sich dabei wenigstens ein deutlicher Zusammenhang der Besserung bzw. des Heilungsvorganges mit der zu diesem Zwecke vorgenommenen Bestrahlung feststellen?

Als Belege für die Art und Weise des zumeist recht einförmigen Heilungsverlaufs diene je eine auszugsweise wiedergegebene Krankengeschichte für die verschiedenen bestrahlten Formen der Erfrierung.

Fall 20. Pat. M. leidet alle Jahre an Frostbeulen; das gegenwärtige Rezidiv besteht seit zwei Monaten. Die Zehen beider Füße zeigen sich livid verfärbt und weisen mäßige diffuse ödematöse Schwellung auf. Kongelatio 1. Grades. 23. I. 1922. Erste Bestrahlung (3 H bei 1 mm Al., harte Röhre). Nach wenigen Tagen klingen Juckreiz und Brennen allmählich ab. 13. II. Zehen wesentlich abgeschwollen, livide Verfärbung nicht mehr so intensiv. Zweite Bestrahlung (gleiche Dosis). 27. II. Die subjektiven Erscheinungen fast geschwunden, nur noch leichter Juckreiz in der Wärme. Passive Hyperämie und Ödem noch weiter zurückgebildet. 13. III. Nur noch leicht blaue Verfärbung der sonst annähernd normalen Zehenhaut.

Fall 25. Sch. A., 27 Jahre, leidet seit mehreren Jahren an Frostbeulen. Die gegenwärtige Eruption besteht seit drei Monaten in wechselnder Stärke. Blaurote Verfärbung der Fingerrücken und angrenzenden Partien der Handrücken. Diffuse, teigige Schwellung, in der sich ohne scharfe Grenze mehrere bis münzengroße flache Knoteninfiltrate von zinnoberroter Farbe mit teilweiser Involution im Zentrum abheben. 3. II. 1922. Erste Bestrahlung (3 H bei 1 mm Al., harte Röhre), Wechselbäder. Nach wenigen Tagen bereits fühlt Pat. verminderten Juckreiz und Brennen in den erkrankten Körperpartien. 18. II. Die Knoten haben sich größtenteils rückgebildet, neue sind nicht aufgetreten. Die Rötung und diffuse Schwellung ist etwas vermindert. Wiederholung der gleichen Dosis. 11. III. Subjektive Beschwerden geschwunden. Klinisch sind nur noch mäßige passive Hyperämie und geringes Ödem im Bereiche der erkrankten Hautpartien nachweisbar. Die Hände fühlen sich kalt an.

Fall 3. D. L., 16 Jahre, seit mehreren Wochen hat Pat. geschwollene und zum Teil offene Hände. Livide Rötung und diffuse Schwellung der Finger, darin zahlreiche, unscharf begrenzte, hellrote, flache, knotige Infiltrate, die zum Teil an der Oberfläche leicht exulzeriert sind. 11. II. 1922. Erste Bestrahlung (3 H bei 0,5 mm Al.). Die sub-

Digitized by Google

jektiven Beschwerden klingen in den folgenden Tagen ab. 25. II. Die erodierten Partien der Haut sind größtenteils epithelisiert, es besteht noch livide Verfärbung der Haut und diffuse Schwellung; ein Teil der knotigen Infiltrate ist geschwunden. Wiederholung der Dosis. 6. III. Subjektive Beschwerden völlig geschwunden, nur noch passive Hyperämie und geringgradiges Ödem der Haut von Fingern und Händen, die sich kalt anfühlen.

Aus den angeführten Aufzeichnungen sowie sieben weiteren ihnen gleichlautenden geht hervor, daß der Heilungsverlauf in zahlreichen Fällen keineswegs ein so rascher ist, wie Lenk, Rothbart u. a. berichten. Einzig und allein der lästige Juckreiz, sowie das Brennen in den erkrankten Partien werden verhältnismäßig frühzeitig nach der Bestrahlung gebessert. Jene Linderung der subjektiven Beschwerden bald nach Applikation der Strahlendosis konnte übrigens hin und wieder auch bei klinisch nicht oder nicht merklich beeinflußten Fällen beobachtet werden. Eine elektive Einwirkung der X-Strahlen auf den Juckreiz ist ja übrigens bei zahlreichen, mit diesem subjektiven Symptom einhergehenden anderen Dermatosen — Ekzem, Pruritus usw. — eine wohlbekannte Tatsache.

Klinisch dagegen konnte auch bei den durch Röntgenstrahlen beeinflußbaren Fällen der Klinik eine deutliche Besserung, zumeist erst nach Wiederholung der Bestrahlung, festgestellt werden. Eine wesentliche Besserung trat fast durchweg erst 4—5 Wochen nach Beginn der Behandlung ein, eine völlige Heilung des Rezidivs mit annähernd normalem Aussehen der Haut, wie sie in der wärmeren Jahreszeit häufig spontan eintritt, war eigentlich überhaupt nicht zu erzielen.

Ferner ist bei Zusammenstellung der geheilten bzw. sehr günstig beeinflußten Fälle bemerkenswert, daß sie durchweg Patienten betrafen, die in den Monaten Januar und Februar 1922 in Behandlung der Klinik traten. Bei ihnen fiel mehrfach die Abheilung der Frostbeulen mit dem Eintritt der wärmeren Witterung zusammen, in der an und für sich Frostbeulen auch ohne Bestrahlung und sonstige Behandlung abzuklingen pflegen. Die Fälle, welche zu Beginn der kalten Jahreszeit im Oktober und November 1922 bestrahlt wurden, zeigten wenig oder keine Beeinflussung. Bei einigen konnte indes sogar eine Verschlimmerung des Leidens trotz vorangegangener Bestrahlung wahrgenommen werden.

Es ist somit nach den an der Klinik gemachten Erfahrungen der Heilerfolg bei mit Röntgenstrahlen behandelter Kongelatio kein so unmittelbarer, um dieser Art der Therapie einen besonderen Vorzug gegenüber früher geübten Verfahren einräumen zu sollen.

Zahlreiche unbestrahlte Fälle von Erfrierungen 1. und 2. Grades, die nur in der bisher an der Klinik dafür üblichen Weise (Bäder, Umschläge, hyperämisierende Salben) behandelt wurden, verhielten sich nicht wesentlich anders. Neben sehr hartnäckigen Fällen, die namentlich schon seit Beginn des Winters in Behandlung standen, fanden sich auch solche, die bei regelmäßiger Befolgung der gegebenen Vorschriften in der gleichen und noch kürzerer Zeit sowie in gleich günstiger Weise beeinflußt wurden als die mit bestem Erfolg bestrahlten Patienten.

Einzig und allein vielleicht die begleitenden, subjektiven Symptome (Juckreiz und Brennen) wurden durch die Röntgenbestrahlung mit kleinen Dosen schneller gelindert evtl. auch ganz behoben.

Ob dieses Moment allein für eine Bevorzugung der Röntgenstrahlen in der Therapie der Perniones ausreicht, wäre zu bezweifeln. Wenn man

Digitized by Google

als beabsichtigte Wirkung der Röntgenbestrahlung mit schwachen Dosen eine funktionelle, langandauernde günstige Beeinflussung der geschädigten Gefäße (Holzknecht und seine Schule) entweder als direkte Reizwirkung auf die Vasomotoren oder aber indirekte Beeinflussung der gestörten Zirkulation durch erhöhte innersekretorische Tätigkeit des Bindegewebes (Rothbart) annimmt, so scheint bei Betrachtung der Ergebnisse der Klinik dieser Gefäßanreiz vielfach doch nicht genug intensiv und anhaltend zu sein. Um eine persistentere Fluxion zu den paretischen Gefäßen hervorzurufen — wie die gebesserten Patienten zeigen — müßte eine mehrmalige Wiederholung der Bestrahlung, eventuell sogar in kürzeren Intervallen, angestrebt werden.

Damit aber erscheint hin und wieder eine Kumulierung der Dosen über das verträgliche Maß mit einer leichteren oder schwereren Schädigung des an sich schon weniger widerstandsfähigen Gewebes, besonders seiner empfindlichen Gefäßendothelien, nicht ganz ausgeschlossen. Mögen sich derartige gegebenenfalls erzeugte Veränderungen späterhin auch nicht in deutlichen klinischen Zeichen wie Telangiektasien, Atrophien äußern, so können sie sich in anderer Weise unangenehm bemerkbar machen. Denn zumeist dürfte von dem Zeitpunkt an, wo sich eine weitere Behandlung einer öfter vorbestrahlten Haut mit X-Strahlen aus Sicherheitsgründen verbietet, auch die chemotherapeutische Beeinflussung in Frage gestellt sein. In diesem Sinne sprechen die nun nicht mehr so seltenen Fälle von vor Jahr und Tag wiederholt mit Erfolg bestrahlten Dermatosen (Ekzeme, Psoriasis, Sykosis u. a. m.), die bei einem durch die Bestrahlung nicht vermeidbaren weiteren Rezidiv hartnäckig jeder konsequenten, früher einmal wirksamen medikamentösen Behandlung widerstehen. Der Dermatologe weiß nur zu gut, wie empfindlich auch gegen unbedeutende Reize verschiedener Art eine pathologisch veränderte Haut reagieren kann. Ein so differentes Mittel wie die X-Strahlen will er daher auf dem Gebiete der Hautkrankheiten nur dort angewendet wissen, wo seine Wirkung eine wirklich überzeugende ist. Die Erfolge der Röntgentherapie bei den Erfrierungen scheinen uns dermalen wenigstens noch weit davon entfernt zu sein und sind sicher anderen Behandlungsmethoden nicht so weit überlegen, daß sie als Spezifikum gegen Kongelatio und Perniones angesehen werden könnten.

Zusammenfassung: Nach all dem Erwähnten bedeutet die Behandlung von Erfrierungen mit X-Strahlen vorläufig keinen Fortschritt in der wirksamen Bekämpfung dieses zwar gutartigen aber recht peinvollen und wenig ästhetischen Leidens.

Literatur.

Fujinami, Am. J. Roentg., 1915, S. 784. Zit. bei Mac Kee, X Rays and Radium in the Treatment of Diseases of the Skin. Lea und Febiger, Philadelphia und New York. — Jost, Schw. m. W., 1920, Nr. 52. — Holzknecht, Lenk, Pordes, Kriser, Winternitz, W. m. W., 1922, S. 54. — Lenk, M. m. W., 1922, Bd. 69, S. 87. — Lenk, Röntgentherapeutisches Hilfsbuch. Springer, Berlin 1921. — Rothbart, Fortsch. d. Röntgenstr., 1922, Bd. 29, S. 366 u. 367. — Schreus, Röntgenbehandlung in der Dermatologie. Cohen, Bonn 1922. — Wachtel, W. kl. W., 1917, Nr. 18.

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Krankenhause St. Georg in Hamburg (Leiter: Prof. Dr. ED. ARNING).

Überdosierung mit Bismogenol.

Ein Beitrag zur relativen Ungiftigkeit dieser Wismutverbindung.

Von

Dr. FRIEDRICH PRATER, Assistenzarzt.

Bei dem allgemeinen Interesse, das der Einführung der Wismutbehandlung in die Syphilistherapie entgegengebracht wird, dürfte folgender Fall von Interesse sein, der wie ein Experiment zeigt, wie gering die Toxizität des Wismut — jedenfalls in der Form, in welcher es hier gebraucht wurde — gegenüber den Hg-Präparaten ist, die es ersetzen soll. Eine gleiche Dosis Hydrarg. salicyl. hätte wesentlich schwerere, wenn nicht deletäre Folgen gehabt.

Das angewandte Mittel war Bismogenol, eine von der hiesigen chemischen Fabrik Tosse hergestellte Suspension einer „Bismutylverbindung einer Oxybenzoesäure" in entsäuertem Olivenöl in sehr gleichförmiger Verteilung, die in der Dosis von 1 ccm intramuskulär eingespritzt wird.

Am 2. I. 1923 wird der Pat. E. L. wegen hochgradiger Stomatitis auf der inneren Abteilung des Krankenhauses aufgenommen, am 8. I. 1923 wegen positiver WR der Luesabteilung überwiesen.

Auf Befragen gibt Pat. folgendes an: Als Kind von etwa 3 Jahren sei er augenkrank gewesen, es soll seiner Erinnerung nach auf beiden Augen Star gewesen sein, er sei deshalb mehrfach operiert worden. Im Jahre 1905 habe er eine Bartflechte gehabt, die damals in Ludwigslust behandelt wurde; anschließend daran seien auch an beiden Händen und am Rumpf entzündliche, eitrig absondernde Hauterscheinungen aufgetreten. Nach Salbenbehandlung sei Heilung eingetreten. Im Januar 1922 war Pat. wegen eines juckenden und eiternden Ausschlages am linken Fuß und linken Unterschenkel in Behandlung bei einem Hamburger Arzte, der Salbe verordnete. Darauf verschwanden die Erscheinungen, um im Juli 1922 in gleicher Weise am linken Fuß und Unterschenkel, in ganz geringer Ausdehnung auch am rechten Fuß wieder aufzutreten. Eine Blutuntersuchung hatte ergeben, daß das Blut „unrein" gewesen sei. Anschließend daran eine Kur, während welcher 4—5 Injektionen einer hellgelben Flüssigkeit, vermutlich Salvarsan, in den Arm gegeben worden seien. Da nach der letzten Injektion der Arm dick wurde, sollte die Kur etwa 4 Wochen unterbrochen werden. Zur Fortsetzung der Kur suchte Pat. am 11. XII. 1922 abermals ärztliche Hilfe auf. Pat. erhielt am 13. XII. 1922 eine Injektion Bismogenol von 10 ccm in die Gesäßmuskulatur. Am Abend danach sowie an den folgenden Tagen hatte Pat. keine nennenswerten Beschwerden. Am 16. XII. 1922, also 3 Tage nach der ersten Injektion, erhielt Pat. abermals eine Injektion Bismogenol 10 ccm intraglutäal. Am Abend danach hatte Pat. Schmerzen an der Injektionsstelle, besonders beim Gehen. An den folgenden Tagen hielten diese Schmerzen an. Bis zum 20. XII. konnte Pat. seiner Arbeit nachgehen, mußte sich aber am Abend des 20. XII. vom Arzt arbeitsunfähig schreiben lassen. Am 23. XII. traten zum ersten Male Schmerzen im Mund auf; auch stellten sich Blutungen aus dem Zahnfleisch ein. Er mußte sich zu Bett legen, konnte nichts essen, nur mit Mühe etwas trinken. Am Abend des 29. XII. trat Fieber auf, das sich bis zum 1. I. 1923 steigerte. Deshalb am 2. I. 1923 Krankenhausaufnahme.

Aufnahmebefund:

Es handelt sich um einen mittelgroßen, leidlich kräftigen Mann von 38 Jahren. Der behaarte Kopf zeigt keine Besonderheiten. Nackendrüsen nicht fühlbar. Augen stehen leicht divergierend. Die Pupillen sind ziemlich klein, die rechte entrundet (Folge

Digitized by Google

früherer Operation!). Das Zahnfleisch des Ober- und Unterkiefers zeigt starke Rötung und Schwellung. Der Oberkiefer trägt nur noch fünf Zähne, bei allen Zähnen sind die Zahnhälse gut sichtbar. In Umgebung der Zähne schmutzig-grüne Beläge des Zahnfleisches. Die Zunge ist geschwollen, blaurot, mit auffallend dicken Venen. Am rechten Zungenrand eine knapp pfennigstückgroße, weiche, oberflächliche Nekrose. Keine Plaques. Abstrich von der Nekrose läßt im Dunkelfeld keine Spirochaeta pallida, nur Spirochaeta refringens erkennen. Keine Halsdrüsenschwellung. Die Haut zeigt am Stamm keine Besonderheiten, an der Innenseite des linken Oberschenkels etwa handtellergroßes seborrhoisches Ekzem, an der Außenseite des linken Unterschenkels zahlreiche flache, linsen- bis pfennigstückgroße, braunpigmentierte Narben, die recht wohl auf Lues zurückzuführen sind. Lungen und Herz o. B. Der Leib ist weich, ohne Schmerzen, ohne jede Druckempfindlichkeit. Die Leistendrüsen sind beiderseits hart, klein und schmerzlos. Am Genitale kein Befund. In der Umgebung des Afters chronisches Ekzem in mäßiger Ausdehnung. In der Gesäßmuskulatur auch bei eingehender Palpation keinerlei Verhärtung fühlbar. Der Urin ist klar, zeigt bei der Kochprobe deutliche Eiweißtrübung, nach Esbach gemessen $^1/_4$ ‰ Eiweiß, jedoch keinerlei Formbestandteile. Auch der Nervenzustand bietet nichts Besonderes, die Pupillen reagieren beide, Korneal-, Rachen-, Haut- und Sehnenreflexe normal vorhanden, geringes Zittern der vorgestreckten Zunge, kein Lidzittern, kein Romberg, keine Ataxie, keine Sensibilitätsstörungen.

Die WR ergab: Chol. Herz k. +++, Chol. Herz w. +++, Alkoh. Herz k. +/++, Alkoh. Herz w. +/++.

Die Lumbalpunktion ergab klaren Liquor, der unter normalem Druck stand. Pandy: —, Phase I: —, Zellzahl: 5:3, WR des Liquors: —.

Auffallend in der Anamnese waren die großen Dosen Bismogenol, die der Patient erhalten haben wollte. Eine persönliche Nachfrage beim behandelnden Arzt ergab, daß Patient in der Tat zweimal je 10 ccm Bismogenol erhielt im Abstand von 3 Tagen. Die in der Norm verabfolgte Einzeldosis des Bismogenols beträgt aber nur 1 ccm. Patient erhielt also zweimal die zehnfache Normaldosis in dem kurzen Abstand von 3 Tagen.

Im Vergleich zu der verabfolgten Menge Wismut sind die Folgeerscheinungen am Körper des Patienten gering, 7 Tage nach der zweiten Injektion begann eine Stomatitis, die an den Tagen darauf noch größeren Umfang annahm; am 6. Tage nach Beginn der Stomatitis trat Fieber auf, das 4 Tage anhielt, um dann wieder normaler Temperatur Platz zu machen. Irgend welche erythemartige Erscheinungen auf der Haut sind nicht aufgetreten. Auch zeigten sich keinerlei Darmerscheinungen. Im Urin fand sich bei der Krankenhausaufnahme geringer, aber deutlicher Eiweißgehalt ($^1/_4$ ‰). Formbestandteile konnten im Urin nicht nachgewiesen werden, Infiltrate an den Injektionsstellen waren nicht zu fühlen.

Am 3. II. 1923 — also 6 Wochen nach den verabfolgten Bismogenolinjektionen — wurden Röntgenaufnahmen der linken und rechten Beckenpartie angefertigt. Man erkennt auf beiden Platten eine größere Anzahl kleiner, hirsekorn- bis halblinsengroßer, deutlicher Schatten, die wie verstreut über beiden Beckenschaufeln liegen und von noch nicht resorbierten Wismutresten herrühren. Ein größeres Wismutdepot ist weder links noch rechts zu sehen.

Während des Krankenhausaufenthaltes besserten sich bei Bettruhe und Stomatitisbehandlung die Erscheinungen zusehends. Fieber trat nicht mehr auf, die entzündlichen Erscheinungen an Zahnfleisch und Mundschleimhaut gingen zurück, vom 20. I. 1923 ab konnte auch im Urin kein Eiweiß mehr festgestellt werden, Formelemente im Urin konnten auch in dieser Zeit nie beobachtet werden.

Digitized by Google

Bemerkenswert ist, daß trotz der hohen Wismutgabe die WR bisher noch unverändert positiv geblieben ist.

Der Fall lehrt uns, daß die intramuskuläre Einführung eines unlöslichen Wismutsalzes jedenfalls ein viel ungefährlicherer Eingriff ist als die einer ebensolchen Hg-Verbindung, z. B. des in der Zusammensetzung sehr nahestehenden Hydrargyrum salicylicum, daß unter einer schnell vorübergehenden sehr gutartigen Stomatitis weder lokale Entzündungsreize oder Nekrosen auftraten, noch eine erheblichere Nierenschädigung gesetzt wurde.

Auch die Schmerzlosigkeit der sogar um das Zehnfache zu hoch gegriffenen Dosis ist gegenüber der großen Schmerzhaftigkeit des ersten französischen Wismutpräparates Trepol sehr beachtenswert.

Den jetzt auch zu Versuchen kommenden löslichen Wismutpräparaten scheint nach Kolle eine größere Giftigkeit anzuhaften; immerhin haben wir auf unserer Abteilung von der Anwendung einer löslichen Wismutverbindung (von Prof. Horta, Rio de Janeiro) keine Schäden gesehen, und wird wohl bei weiterer Verwendung von Wismutverbindungen ebenso zu verfahren sein wie bei Hg-Verbindungen, indem man die löslichen Verbindungen zur Erzielung einer akuten Wirkung, die unlöslichen zum Setzen eines Depots wählt, von dem aus allmähliche Ausscheidung und längere Zeit fortdauernde Wirkung ausgehen soll.

Aus dem Gesundheitsamt Halle a. d. S. (Abteilung für geschlechtskranke Frauen im Stadtkrankenhaus).

Wismutbehandlung bei Syphilis (Bismogenol)[1].

Von

Dr. Richard Neuendorff, Stadtarzt, Facharzt für Haut- und Harnleiden.

Auf Grund einiger recht unangenehmer Nebenerscheinungen bei der in Deutschland von Müller, Bloch, Felke, Giemsa, Rosener eingeführten Wismutbehandlung der Syphilis möchte ich schon heute kurz über unsere Erfahrungen berichten. Wir haben bisher 43 Fälle mit Bismogenol Tosse behandelt. Nach Grimme ist Bismogenol Tosse in chemischer Beziehung eine Bismutyl-Verbindung einer Oxybenzoesäure. Sein Gehalt an metallischem Wismut beträgt 58—59%. Nach der Gebrauchsanweisung der Firma sollen wöchentlich zwei Spritzen zu 1 ccm intramuskulär gegeben werden in der Gesamthöhe von 12—15 Einspritzungen. Die Technik ist die gleiche wie bei der Einverleibung unlöslicher Hg-Salze. Wir haben uns zuerst an diese Dosierung gehalten, sind aber dann aus später zu erörternden Gründen zu geringeren Einzelgaben übergegangen und geben jetzt dreimal wöchentlich 0,5 Bismogenol bis zur Höhe von 24 Einspritzungen = 12 ccm des Mittels.

[1]) Nach einem Vortrage im Verein der Ärzte zu Halle a. d. S. am 10. I. 1923 (gekürzt).

Digitized by Google

Von den bisher behandelten 43 Kranken litten an frischer sekundärer Syphilis 16, an Syphilis ohne äußere Erscheinungen mit uns bekannter Vorgeschichte und stark positiver WR 26, an Tabes 1. Ich habe absichtlich, um die klinische und serologische Wirkung des Präparates allein zu sehen, ohne Kombination mit Salvarsan behandelt unter genauester mikroskopischer Urin- und Blutdruckkontrolle.

Was die klinische Wirkung des Mittels auf die äußeren Erscheinungen der Syphilis betrifft, so heilten die letzteren schneller als wir es von den unlöslichen Quecksilberpräparaten her kennen. Spirochäten konnten nach 1—2 Einspritzungen (0,5—1,0 ccm Bismogenol) nicht mehr aufgefunden werden. Nässende Papeln bildeten sich in der Regel nach 2,2—5 ccm Bismogenol zurück. Exantheme brauchten längere Zeit (6—10 ccm) bis zum völligen Verschwinden. Ein Fall von Syphilis II blieb resistent gegen die Behandlung. Nach acht Einspritzungen Bismogenol waren die Erscheinungen unverändert. Die Papeln näßten noch, Spirochäten wurden im Dunkelfeld nicht mehr gefunden. Auf nunmehrige Salvarsangaben bildeten sich die Erscheinungen schnell zurück. Ein anderer Fall mit sehr starkem Oedema indurativum der rechten großen Schamlippe zeigte nach zweimal 0,5 ccm ein bedeutendes Stärkerwerden der Schwellung, die sich nach weiteren 5 Einspritzungen zu 0.5 langsam zurückbildete und jetzt nach 16 Einspritzungen = 9,0 ccm fast zur Norm zurückgekehrt ist. Der in der Aufzählung erwähnte Tabesfall vertrug kein Salvarsan, kein Hg, Bismogenol jedoch gut. Die Einwirkung auf die WR erfolgte sehr langsam. Von unsern 16 Fällen frischer sekundärer Syphilis sind nur 4 wassermann-negativ geworden, alle übrigen zeigten keinerlei Veränderungen hinsichtlich der Stärke der positiven Reaktion. Diese langsame Rückbildung der WR stimmt mit den in der französischen Literatur niedergelegten Erfahrungen überein. Sie soll erst nach 2—3 Monaten nach Beendigung der Kur eintreten, dann aber anhalten. Die Wismutbehandlung ist noch viel zu jung, um über serologische Wirkung ein abschließendes Urteil fällen zu können.

Die Drüsenschwellungen bildeten sich sehr langsam zurück und bestanden meist noch bei Beendigung der Kur. An Nebenerscheinungen sahen wir folgende: Bei 15 Kranken Kopfschmerzen, die meist erst nach mehreren ohne Beschwerden vertragenen Einspritzungen auftraten. Viermal Erbrechen in unmittelbarem Anschluß an die Einspritzung, dreimal Durchfälle, die in einem Falle das Absetzen des Mittels erforderten. Zweimal Fieber am Abend nach der ersten Einspritzung. Ein Fall zeigte starken Gewichtsverlust (4 kg). Bläulichgraue Verfärbung des Gesichts wurde in einem Falle beobachtet. Fünf Kranke klagten über stärkere Beschwerden an der Einstichstelle, es kam bei ihnen zur mehr oder weniger starken Infiltratbildung, die einmal mit tagelangem Fieber, großen Schmerzen und sehr gestörtem Allgemeinbefinden einherging. Zwölfmal entstand im Laufe der Behandlung ein geringer Wismutsaum, der von den unteren mittleren Schneidezähnen ausging. Dreimal zog er alle Zähne mit stärkerer Schwellung und bläulichroter Verfärbung des Zahnfleisches in Mitleidenschaft. Blauschwarze Flecken der Schleimhaut der Unterlippe und der Unterfläche der Zunge traten fünfmal auf. Eine Kranke bekam nach jeder Einspritzung eine leichte Urtikaria, eine andere

Digitized by Google

klagte über Juckreiz am Abend nach den Einspritzungen. Der Urin war bräunlichrot verfärbt. Wismut wurde in ihm während und bis zu zehn Tagen nach beendeter Behandlung ausgeschieden (Dr. STRAUSS, Medizinische Klinik). Der Blutdruck war bis auf einen Fall, der unten beschrieben wird, niemals erhöht.

Nierenschädigungen: Vier der behandelten Kranken zeigten toxische Nierenschädigungen. Es entwickelte sich ohne jede vorherigen Beschwerden, in einem Fall ganz plötzlich, in den anderen Fällen in einigen Tagen Nierenschädigungen, die Kopfschmerzen, starke Eiweißausscheidung, granulierte Zylinder, Leukozyten, Nierenepithelien, vereinzelte rote Blutkörperchen zeigten. Der schwerste Fall bot folgendes Bild:

W. F., 21 Jahre. Syphilis II, WR ++++, 13mal Bismogenol = 12,2 ccm. Nach der vierten Injektion Kopfschmerzen, Erbrechen, Durchfälle. Geringere Einzelgaben (0,5), keine neuen Beschwerden. Urin bei täglich mikroskopischer Untersuchung frei, Blutdruck nicht erhöht. Am Ende der Kur geringer Wismutsaum. Vier Tage nach letzter Einspritzung starke Kopfschmerzen, Temperatur 37,2, am nächsten Tage Harnausscheidung äußerst gering. Katheterurin nur wenige Kubikzentimeter. Eiweiß +. Esbach 1‰, spezifisches Gewicht 1015. Sediment: Nierenepithelien, granulierte Zylinder, Leukozyten. Blutdruck 145. Die Eiweißausscheidung hat nach zehn Tagen aufgehört. Blutdruck 115 mm. Am elften Tage erneut Kopfschmerzen, Übelkeit. Blutdruck 145 mm. Sediment: Zylinder, Leukozyten, vereinzelte rote Blutkörperchen. Keine Ödeme. Das Rezidiv dauerte vier Wochen. Der Fall ist jetzt geheilt. WR völlig unverändert ++++.

Zwei der Fälle zeigen nach durchschnittlich vierwöchiger Behandlung noch eine ungenügende Konzentrationsfähigkeit, die beiden anderen Fälle sind klinisch geheilt. Reine Eiweißausscheidung ohne Zylinder kam vorübergehend bei zwei Kranken zur Beobachtung. In der französischen Literatur wird auf das Vorkommen dieser Albuminurie sehr häufig hingewiesen. Schwere Nierenschädigungen, wie in unsern Fällen, sind selten, ich habe bisher nur vier Angaben finden können.

Zusammenfassend möchte ich vorläufig folgendes sagen:

Die Behandlung der Syphilis mit Bismogenol Tosse zeigte bei 43 Fällen ein gutes Verschwinden der bestehenden äußeren Erscheinungen. Von toxischen Nebenwirkungen ist das Präparat nicht frei, da vier Fälle schwerer Nierenschädigung beobachtet wurden. Es ist daher bei seiner Verwendung große Vorsicht notwendig und weitere Versuche müssen zeigen, bei welcher Dosierung diese Gefahr umgangen wird. Die Wirkung auf die WR war sehr langsam.

Zur Frage der Wismutbehandlung läßt sich heute schon sagen, daß sich das Wismut zweifellos seinen Platz neben dem Quecksilber behaupten wird, wenn es gelingt, die Gefahr der Nierenschädigung auf ein Minimum herabzudrücken. Welches Präparat das geeignetste sein wird, muß die Zeit lehren. Über intravenöse Wismutbehandlung sind Versuche im Gange.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Annales des Maladies Vénériennes.

1922, Bd. 17, Nr. 7.

Die Arsenobenzole und die hämoklastische Krise (Les arsénobenzènes et la crise hémoclasique), von J. Golay und E. Benveniste-Genf. S. 481. Nach Widal und seiner Schule ruft jede Salvarsaninjektion einen Chok hervor, gekennzeichnet durch Herabsetzung des Blutdrucks, Leukopenie und Umkehrung der Leukozytenformel, und zwar etwa 1—2 Stunden post injectionem. Vorliegende Versuche wurden mit dem Schweizer Präparat Novarsol gemacht. In 13 von 20 Fällen waren keine Symptome von Chok vorhanden. Dagegen zeigte sich: 4mal Blutdrucksenkung, 1mal Umkehrung der Leukozytenformel, 1mal vorübergehende Leukopenie, 1mal Blutdrucksenkung und Leukopenie. Die Widalsche Trias wurde nicht beobachtet.

Die Bedingungen der syphilitischen Reinfektion (Les conditions de la réinfection syphilitique), von Carle-Lyon. S. 487. Einige Fälle von Reinfektion nach größtenteils mangelhaft behandelter Syphilis aus der Literatur werden mit einer neuen Beobachtung vereinigt, um zu zeigen, wie unbestimmbar die Möglichkeiten der Immunität syphilitischer Individuen sind. Dem weitverbreiteten Glauben an diese Immunität ist energisch entgegenzutreten, besonders wenn es sich um folgenschwere Entscheidungen, wie Heiratskonsens usw. handelt, da die Unkenntnis des Sachverhalts oft zur Ursache einer für die Familie verhängnisvollen Neuinfektion zu werden pflegt.

Die Syphilis der Eingeborenen Nordafrikas. Subkutane Gummen (Fortsetzung) (La syphilis des indigènes de l'Afrique du Nord), von G. Lacapère. S. 493. Subkutane Gummen kommen bei Eingeborenen fast nur in vernachlässigtem Zustande zur Behandlung, entweder sind sie bereits erweicht und von erheblicher Ausdehnung, oder sie sind ulzeriert und dann oft von phagedänischem Charakter. Auch spontane Vernarbung kommt vor. Die Hauptunterschiede der subkutanen Gummen der Eingeborenen von denen der Europäer sind solche der Form, der Zahl, der Lokalisation, der weiteren Ausbreitungsart und der Komplikationen; letztere als Sekundärinfektion und Gangrän. Es folgt die Beschreibung einiger regionaler Varietäten und Mischformen. Gute Abbildungen sind der Arbeit beigefügt.

Ein Fall von syphilitischer Gangrän des männlichen Gliedes (Un cas de gangrène syphilitique de la verge), von E. Orphanidès-Konstantinopel. S. 516. Bei einem Pat., dem infolge Verwundung mit nachfolgender Gangrän beide Beine amputiert worden waren, entwickelte sich im Anschluß an einen Primäraffekt eine multiple Gangrän des Gliedes, die zur gänzlichen Zerstörung führte. Nach Einsetzen der Behandlung mit Sublimatpillen (anderes wurde anfangs verweigert) starker Herxheimer. Als während der weiteren Behandlung zwei Gummen auftraten und der Ulkus am Penisstumpf infolge Urinträufelns sich vergrößerte, konnte Neosalvarsan angewandt und damit alle Erscheinungen rasch beseitigt resp. zur Vernarbung gebracht werden.

Ein Fall von plastischer Induration der Corpora cavernosa (Un cas d'induration plastique des corps caverneux), von J. Montpellier, A. Lacroix, P. Boutin. S. 523. Im Jahre 1917/18 hat Corbineau im Journal d'Urologie eine Studie über den gleichen Gegenstand veröffentlicht, in welcher er 18,5% der Fälle auf Blennorrhoe und 14,2% auf Syphilis zurückführt. Im vorliegenden Falle kam es im Verlaufe einer rezidivierenden Blennorrhoe zur Induration der Corpora carvernosa. Die blennorrhoische Ätiologie erscheint hier einwandfrei. Behandlung: Röntgenstrahlen.

Über die Anwendung des Wismuts in der Behandlung nervöser Erscheinungen der Syphilis (Sur l'emploi du bismuth dans le traitement des accidents nerveux d'origine syphilitique), von Evrard. S. 525. Fall I zeigt neben Gelenkschmerzen heftige Kopfschmerzen, hochgradige Gedächtnisschwäche, Fehlen der Knie- und Achilles-

Digitized by Google

sehnenreflexe, rechtsseitige Mydriasis, Pupillenträgheit, posit. Romberg, WR +. Arsenbehandlung wurde nicht vertragen. Daher Wismutbehandlung. 10 Injektionen. Alle Erscheinungen sind nahezu ganz zurückgegangen. Die WR blieb +. Bei einem zweiten Fall wurde eine erhebliche Besserung erzielt. H. Muchow-Hamburg.

1922, Bd. 17, Nr. 8.

Die Syphilis der Eingeborenen Nordafrikas (La syphilis des indigènes de l'Afrique du Nord [suite]), von G. Lacapère. S. 561—602. Nervenerkrankungen syphilitischen Ursprungs sind bei den Eingeborenen Nordafrikas sehr selten. Hier kommen sie erst an siebenter Stelle, erst nach den Schädigungen der Haut, der Knochen, der Gelenke, nach den Schädigungen an der Nase und dem Gaumen und nach den subkutanen Gummata. Von 243 beobachteten Nervenerkrankungen gehörten 70 der Sekundärperiode, 173 der tertiären an. Besonders auffallend ist der Unterschied zwischen Europäern und Arabern bei der Spätsyphilis: 30% Nervenerkrankungen dort, nur 5% bei den Marokkanern. Sehr häufig sind in der Sekundärperiode die Veränderungen im Liquor. Sie verschwinden im allgemeinen von selbst zugleich mit den Hauterscheinungen. Häufig sieht man Kopfschmerzen und manchmal eine leichte Form der Meningitis, während die schwere Meningitis ein seltenes Vorkommnis darstellt. In der Tertiärperiode sind die symptomlos verlaufenden Veränderungen des Liquors viel seltener; sie kommen nur vor bei Erkrankungen der Nase und des Rachens. An erster Stelle stehen die Erkrankungen des Rückenmarks. und zwar die spastische Lähmung; sie ist die Prädilektionsstelle bei der Nervensyphilis der Eingeborenen und tritt einmal auf als Spätform der schlaffen Lähmung oder aber sie setzt stürmisch ein und entspricht dann dem Typus der syphilitischen Spinallähmung Erbs. Auch Tabes und Paralyse sind sehr selten, dagegen häufig bei den Juden. Interessant ist, daß Tabes und Paralyse bei dem Teil der einheimischen Bevölkerung mehr vorkommt, der auch viel alkoholische Getränke zu sich nimmt. Hereditäre Lues ist weniger selten und kommt auch wieder unter den Juden in gesteigertem Maße vor. Verf. gibt für das seltene Auftreten von nervösen Erkrankungen folgende Gründe an: 1. erfolgt die Injektion zumeist in recht jugendlichem Alter; 2. ist das Nervensystem des körperlich und geistig trägen Arabers weniger überreizt als das des Europäers; 3. ist der Alkoholismus selten unter den Eingeborenen.

Über die Wassermannsche Reaktion (Sur la réaction de Bordet-Wassermann), von Schwers-Lüttich. S. 603—604. Erwiderung auf den Artikel von Barthélemy. Was die frische Lues II angehe, sei der Unterschied in dem Ausfall der WR nur scheinbar: Bei wiederholten Untersuchungen würde er im Verlauf der Behandlung wahrscheinlich auch in 90—100% der Fälle ein positives Resultat bekommen. Was die Spätlues angeht, so befände er sich, wie die Umfrage in den „Annales" gezeigt habe, mit seinen 10% positiven Reaktionen in guter Gesellschaft mit namhaften Syphilidologen wie Nicolas, Weil, Morax und Carle.

Seltener Sitz des Primäraffektes (Localisation rare du syphilome primaire), von Henri Malherbe-Nantes. S. 605—607. Zwei Fälle von Primäraffekten am Rücken.

1922, Bd. 17, Nr. 9.

Von den Drüsen ausgehende syphilitische Auto-Superinfektion (Auto-Superinfection syphilitique à point de départ ganglionnaire), von S. Nicolau-Bukarest. S. 641—648. Verf. unterscheidet zwei Arten von Superinfektion; er stellt die Hetero-Superinfektion (erneute Ansteckung durch ein anderes Individuum) gegenüber der Auto-Superinfektion (abermalige Infektion durch das Virus des eigenen Primäraffekts). Eine besondere Gruppe nehmen die Fälle ein, die von infizierten Drüsen ausgehen, von denen Verf. fünf gesehen hat und deren einen er eingehender beschreibt. Es handelt sich dabei um den Träger einer alten Fistel in der Leistengegend, der sich syphilitisch infiziert hatte und der im Verlauf der ersten Periode, 14 Tage nach Auftreten des Primäraffekts, ungefähr einen Monat vor der Roseola, eine flächenhafte Eruption papulöser und papulo-krustöser Effloreszenzen in der rechten Leistengegend bekam. Diese aus etwa 30 Einzelelementen bestehende Eruption war zunächst in unmittelbarer Nachbarschaft der erwähnten Fistelmündung aufgetreten, hatte sich dann nach und nach um diesen Ausgangsherd herum ausgebreitet, um endlich im Verlauf von 14 Tagen die ganze Leistengegend, einen guten Teil der Schamgegend und die Oberschenkel zu bedecken. Die Spirochäten müssen also durch die erwähnte Fistel an

Digitized by Google

die Oberfläche gedrungen sein und haben so nach und nach die Haut der Nachbarschaft infiziert. Der Fall scheint erwähnenswert wegen des ungewöhnlichen Weges, den die Spirochäten genommen haben, wegen der Vielgestaltigkeit und Massenhaftigkeit der Eruptionen, wegen ihres frühzeitigen Auftretens und endlich wegen ihrer Gruppierung rings um den Drüsenherd.

Die Geschlechtskrankheiten in der serbischen Armee während des Krieges (Les maladies vénériennes dans l'armée serbe pendant la guerre), von Douchan-Kopcha. S. 649—680. Verf. geißelt mit scharfen Worten das völlige Versagen der militärischen und militärärztlichen Behörden im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten während des Weltkriegs. Mangel an Ärzten und Mangel an Behandlungsmitteln. Ganze Divisionen waren ohne Ärzte. Den Höchststand erreichte die Kurve, als nach dem Rückzug der Armee und der Räumung Serbiens sich die Truppen einem „dolce far niente" in Korfu hingeben konnten. Später waren die Brennpunkte der Infektion die großen Städte Saloniki, Vodena und Monastir, in denen die Prostitution blühte. 1917 erst nahm in Saloniki eine interalliierte Kommission den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten auf: Regelmäßige Untersuchungen der Prostituierten, Einlieferung der Kranken in das griechische Hospital, in dem die Zustände aber fürchterlich gewesen sein müssen. Alles starrte von Schmutz und die Kranken lagen in schrecklicher Enge. Unter Kontrolle standen 250 Prostituierte. Weit größer aber waren die Gefahren, die von den nicht inskribierten Prostituierten drohten. Deren Zahl schätzt Verf. auf 5000. Die Zahl der Erkrankungen nahm mit der langen Dauer des Krieges immer mehr zu, wie aus den der Arbeit beigegebenen Tabellen ersichtlich ist. In auffallendem Maße waren die Offiziere beteiligt, und zwar die aktiven mehr als die der Reserve. Am Schluß seiner Ausführungen empfiehlt Verf. den Erlaß einer Reihe von Verfügungen, wie sie in unserer Armee von Kriegsbeginn an bestanden haben.

Über den Plan eines Gesetzes zur Bestrafung der Übertretung der Vorschriften der Sittenpolizei (Sur le Projet de loi concernant la répression des contraventions aux reglements sur la police des moeurs), von Léon Bizard. S. 681—690. Verf. wendet sich gegen den Paragraph 1 des französischen Gesetzes, in dem es heißt: Keine Frau kann vom Bürgermeister oder seinem Stellvertreter als Prostituierte ins Sittenregister eingetragen werden, ohne daß eine genaue Untersuchung des Falles vorangegangen ist, zu der die Beteiligte aufgefordert wird und bei der beide Parteien zu hören sind. Verf. meint, daß bei dieser Fassung des Gesetzes der Nachweis der Prostitution überhaupt nicht mehr geführt werden könne, weil jede Frau — auch die berufsmäßige Dirne — imstande sei, sich Entlastungszeugen zu beschaffen. Bei der Lösung der Frage solle die Polizei überhaupt mehr im Hintergrund bleiben. Die Bekämpfung der Prostitution wäre eine hygienische, keine polizeiliche Frage.

Ein Fall von ungewöhnlicher syphilitischer Inkubation (Un cas d'incubation syphilitique anormale), von R. Barthélemy. S. 691—692. Es handelt sich um einen Kranken, der am 20. März 1920 außerehelich verkehrt hatte und bei der ersten Untersuchung am 14. April einen etwa 8 Tage alten Primäraffekt darbot. Im Dunkelfeld werden Spirochäten nachgewiesen. WR stets negativ, zuletzt am 4. Mai 1922. Der eheliche Verkehr war vom 9. April bis zur zweiten Augustwoche ausgesetzt worden. WR bei der Frau Ende Juni ebenfalls negativ. Am 15. September kommt sie mit einer nur am Rumpf vorhandenen Roseola zum Arzt. WR nun positiv. Wir haben hier also einen Fall von Lues, bei dem die Infektion vielleicht im August stattgefunden hat, zu einer Zeit sicher, als der übertragende Teil sich in voller klinischer Latenz befand und bei dem die WR niemals positiv gewesen ist. Die Roseola wäre also etwa 7 Wochen nach der Infektion erschienen, was doch sehr selten ist. Verf. neigt jedoch eher dazu, anzunehmen, daß die Infektion spätestens am 9. April erfolgt ist; bei dieser Rechnung hätte man eine Inkubationsdauer von 5 Monaten, was sicher auch eine Seltenheit darstellt.

1922, Bd. 17. H. 10.

Entstehung der juxtaartikulären Knötchen (Étiologie des nodosités juxta-articulaires), von P. Noël. S. 721—727. Es handelt sich dabei um subkutane, multiple, harte, kirsch- bis hühnereigroße Tumoren. Sie sind beweglich, nicht schmerzhaft, und entwickeln sich symmetrisch an Stellen, wo die Haut unmittelbar den Knochen bedeckt, und besonders in der Nachbarschaft der großen Gelenke. Sie entwickeln sich langsam und unbemerkt, ohne Beteiligung der Drüsen; im allgemeinen bleiben sie dauernd bestehen, ausnahmsweise verschwinden sie auch einmal von selbst. Sie kommen vor in

Digitized by Google

Brasilien, Indo-China, auf den Sundainseln, auf Madagaskar und Mauritius, an der Somaliküste, im nördlichen und äquatorialen Afrika. Einige Fälle wurden auch bei Europäern in den Kolonien beobachtet. Clapier hat zuerst die Möglichkeit betont, daß es sich um eine Form der Frambösie handelt. Verf. ist derselben Ansicht. Mit Ausnahme eines Falles wurden stets Zeichen überstandener Frambösie gefunden, niemals dagegen Lues. Therapeutisch empfiehlt sich eine antiluetische Behandlung; bei Versagen derselben wäre ein Versuch mit Röntgenstrahlen zu machen.

Über die nitritoiden Krisen nach Neosalvarsan (A propos des crises nitritoides provoquées par la néosalvarsan), von M. Matavasso-Saloniki. S. 728—736. Verf. hat drei Fälle von nitritoiden Krisen beobachtet. Wichtig ist, daß das Salvarsan in sämtlichen Fällen einer Fabrikationsserie angehörte. Es wurden daraufhin einige Ampullen dieser Serie genauer untersucht und dabei glaubt Verf. folgende Unterschiede bemerkt zu haben: Die Farbe des Präparats der betreffenden Serie war dunkler als sonst und grobkörniger. Auffallend war der starke Knoblauchgeruch bei Lösung in Wasser und auffallend, daß von den drei Kranken zwei über starken Äthergeschmack klagten im Augenblick der Einspritzung.

Die Syphilis der Eingeborenen Nordafrikas (Fortsetzung). Syphilis der Eingeweide. Syphilis der Sinnesorgane (La syphilis des indigènes de l'Afrique du Nord [suite]. Syphilis viscérale. Syphilis des organes des sens), von G. Lacapère. S. 737—787. In der Sammelstatistik der Untersuchungsanstalt in Fez finden sich unter 3000 Luesfällen nur 76 Fälle von Eingeweidesyphilis. Nicht berücksichtigt ist allerdings dabei die häufige Syphilis der Drüsen. Man kann zwei Kategorien unterscheiden: die mehr parenchymatösen Schädigungen (z. B. Nephritis mit reichlicher Albuminurie und Schädigungen mit mehr destruktivem Charakter (wie die Gummata der Drüsen oder des Hodens). Fast vollkommenes Fehlen interstitieller Sklerosen (chronische Aortitis und Mediastinitis, die chronische sklerotische Nephritis usw.). Bei der Eingeweidesyphilis sind die Juden stark beteiligt. Affektionen des Magens wurden 9mal beobachtet; interessant ist, daß darunter kein Fall bei der Landbevölkerung ist. Alle betreffen Städter; sicher spielt dabei die üppigere Lebensweise und der Alkohol eine Rolle. Darmlues ist sehr selten. Unter sieben Fällen von Leberlues waren fünf hereditäre; die beiden akquirierten betrafen einen Fall von gutartigem Ikterus und einen von sklerotischer Hepatitis. Bei den Respirationsorganen ist die Kehlkopflues häufig in der Tertiärperiode. Affektionen der Lungen wurden dagegen nur 2mal beobachtet. Auch beim Eingeborenen lokalisiert die Lues sich hauptsächlich an der Basis. Schädigungen des Zirkulationsapparats sind nicht häufig. Sekundäre diffuse Nephritis wurde bei den Eingeborenen 4mal konstatiert: zwei Juden und zwei Muselmänner. Offenbar erklärt auch hier die Alkoholabstinenz die Seltenheit der Nierenschädigungen; häufiger ist eine Erkältung die Ursache. Ihr Charakter ist im allgemeinen gutartig. In der Tertiärperiode kann man zwei Formen unterscheiden: einmal die parenchymatöse Form (chronische diffuse Nephritis) und dann die sklerotische interstitielle Form (chronische atrophische Nephritis). Diese letztere ist bei den Eingeborenen eine Ausnahme wie alle sklerotischen Schädigungen. Im Gegensatz zu seltener Lues der Nase und des Ohres ist die Lues des Auges recht häufig. Es wurden 105 Fälle beobachtet, wobei nicht berücksichtigt sind bestimmte Erkrankungen zerebralen Ursprungs des N. opticus und die Erkrankungen der Augenlider. Ziemlich häufig findet man in der Sekundärperiode Iritis, in der Tertiärperiode Ulzerationen der Kornea, Iritis, Irido-Zyclitis, Affektionen der Retina, Chorioiditis und Neuritis optica, seltener Panophthalmie und Glaukom. Die häufigste Augenerkrankung ist die interstitielle Keratitis, und zwar besonders bei der hereditären Form; sie kommt auch bei der erworbenen Syphilis vor. Fast immer verlaufen die Augenaffektionen schwer und führen häufig infolge mangelnder Behandlung zu Erblindung.

Zwei Fälle von Primäraffekt am Thorax (Deux cas des chancres thoraciques), von M. Belgodère. S. 788. Kasuistische Mitteilung zweier Fälle von Primäraffekt an der Brust, die beide Männer betrafen. Der zweite Fall lief lange unter der Diagnose „Furunkel", bis eine allgemeine Roseola auftrat.

1922, Bd. 17, Nr. 11.

Behandlung der blennorrhoischen Endometritis und Adnexitis (Du traitement de l'endométrite et de l'annexite blennorragiques), von G. Franck-Lausanne. S. 801 bis 816. Gute Erfolge mit 2mal wöchentlich vorgenommenen, intrauterinen Instillationen von 5 ccm einer 10%igen Protargollösung. Es ist wichtig, daß die Einträufelungen

Digitized by Google

langsam und unter geringem Druck erfolgen, um ein Durchspritzen des Protargols durch die Tuben zu vermeiden. Es empfiehlt sich, vor der Eintropfung die Zervix genügend zu erweitern, um ein Zurückfließen des Protargols zu gewährleisten. Im allgemeinen waren 7—12 Instillationen notwendig.

Die Verbreitung der Prophylaxe in Marokko (La pénétration prophylactique au Maroc), von CARLE-Lyon. S. 817—822. Bericht über die Erfolge einer organisierten Überwachung der Prostitution in Marokko. Besonders überraschend war das Verständnis für die angeordneten sanitären Maßnahmen bei den Eingeborenen. Im Jahre 1921 wurde die staatliche Untersuchungsstelle in Fez 24 324 mal konsultiert, davon 18 652 mal von Muselmännern. 4847 Laboratoriumsuntersuchungen wurden vorgenommen, die Menge injizierten Salvarsans betrug 5 kg 647 g.

Über einen zweifelhaften Fall von syphilitischer Reinfektion (Discussion d'un cas douteux de réinfection syphilitique), von G. BELGODÈRE. S. 823—837. Ein Pat., der wiederholt an Herpes genitalis gelitten hatte, hatte 1920 eine Lues durchgemacht, die ausreichend mit Salvarsan und Quecksilber behandelt worden war. Die WR wurde negativ und blieb es bei wiederholten Untersuchungen. 1922 hatte Pat. wieder drei oder vier isolierte Erosionen an der Glans, die zunächst als einfache Herpesbläschen imponierten, sich aber im Laufe von 45 Tagen so veränderten, daß sie nunmehr den Eindruck von Primäraffekten machten. Es waren Drüsenschwellungen vorhanden, die WR war positiv. Da aber die Partnerin sich als klinisch und serologisch vollkommen gesund erwies, neigte Verf. doch eher dazu, die Erscheinungen nicht als Reinfektion aufzufassen, sondern als ein Wiederaufflackern des früheren Prozesses.

Vier Fälle von syphilitischer Reinfektion (Quatre cas de réinfection syphilitique), von MOURADIAN-Beirut. S. 838—844.

Dreifacher syphilitischer extragenitaler Primäraffekt (Triple chancre syphilitique extra-génital), von DECROP und CRAMERS-Tanger. S. 845. Kasuistische Mitteilung eines Falles mit Primäraffekt auf beiden Tonsillen und an der Nase.

F. Landauer-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Erfahrungen bei der einzeitig kombinierten Cyarsal-Neosalvarsankur, von FRED HESS-Stettin. (M. m. W., 1922, Nr. 16, S. 587.) Das Verfahren ist minderwertiger, wenn auch bekömmlicher als die Salvarsan-Novasurolkur.

A. v. Notthafft-München.

Weitere Erfahrungen über die Cyarsal-Mischspritze, von F. W. OELZE-Leipzig. (M. m. W., 1922, Nr. 5, S. 150.) Empfehlung dieses Verfahrens.

A. v. Notthafft-München.

Über die Cyarsalmischspritze in der ambulanten Frauenpraxis, von META OELZE-RHEINBOLDT-Leipzig. (M. m. W., 1922, Nr. 20, S. 738.) Rühmung der guten Einwirkung dieser Methode auf die Erscheinungen und die WR der Syphilitiker, ihrer Bequemlichkeit und Verträglichkeit. A. v. Notthafft-München.

Neosilbersalvarsan allein und als Mischspritze, von KURT KALL-Nürnberg. (D. m. W., 1922, Nr. 31, S. 1044—1045.) Neosilbersalvarsan besitzt die geringste toxische Wirkung von allen Salvarsanpräparaten, seine Wirkung ist stärker als die des Neosalvarsans. Die Mischspritzen mit Cyarsal oder Novasurol übertreffen die Wirkung der reinen Neosilbersalvarsanbehandlung. F. Harry-Berlin.

Einzeitige Behandlung der Syphilis mittels Soluesin und Neosalvarsan (Vorläufige Mitteilung), von PAUL v. SZILY und TIBOR HELLER-Pest. (M. m. W., 1922, Nr. 5, S. 152.) Unter Abänderung einer früher gebrauchten „Soluesin"-Lösung, welche auch Natrium arsenicosum enthielt, verwenden die Verff. jetzt die Lösung: $HgCl_2$ 0,3, NaJ 14, Aq. dest. 20. Hiervon entsteht ein Komplexsalz (Natrium jodomercuratum, Na_2HgJ_4), welches das Hg nicht in freiem Dissoziationszustand enthält, 1 ccm enthält 0,01 Hg und 0,06 J. Hiervon werden nun 1—2 ccm + 3—6 ccm 10%ige Neosalvarsanlösung, bräunlichgelbe opake Flüssigkeit, eingespritzt. Das Jod steigert die Durchgängigkeit der Gefäßwände und verstärkt so die Beeinflussung des syphilitischen Prozesses

Digitized by Google

durch die anderen Stoffe, das Quecksilber wird in kolloidaler Lösung erhalten, die Injektion ist wegen der Durchsichtigkeit leichter als bei dem Original-Lesser-Verfahren und, da die Lösung Eiweiß nicht fällt, kommt es nicht zur Reizung der Venenwand und Thrombenbildung und sind paravenöse Infiltrate weniger schmerzhaft. Die Lösung scheint besser auf die Syphilis zu wirken als das Lesserssche Rezept.

A. v. Notthafft-München.

Die vorbeugende Salvarsanbehandlung, von W. Schönfeld-Greifswald. (M. m. W., 1922, Nr. 22, S. 811.) Lesser hat durch 4wöchentlich stattfindende Salvarsaneinspritzungen s. Z. in Warschau gesunde Dirnen in großer Anzahl vor Ansteckung mit Syphilis bewahrt und kranke Dirnen an der Übertragung des Leidens durch Rückfälle verhindert. Sch. bestreitet diese Schutzwirkung; es müßte mindestens alle 14 Tage eingespritzt werden, was unmöglich sei. So verzettelte Dosen würden außerdem anreizend wirken und Rückfälle begünstigen. Die Hauptquelle der Ansteckung, die geheime Prostitution, ist übrigens gar nicht zu fassen. Ungeteilten Beifall dürfte Schönfelds Ablehnung der prophylaktischen Salvarsanbehandlung des weichen Schankers finden; sie verdirbt die Diagnose, stempelt die Leute zu Syphilitikern, was für ihr Seelenleben schon bei einer Anfechtung der Ehe nicht gleichgültig ist, und handelt blindlings wie ein Kurpfuscher. Auch bei anderen unklaren, syphilisverdächtigen Hauterscheinungen ist die vorbeugende Behandlung abzulehnen; denn die Erkennung der Syphilis gelingt in der größten Mehrzahl derartiger Fälle bei hinreichender Untersuchung noch in einer Zeit, in der man mit einer ausreichenden Frühbehandlung nicht zu spät kommt. Bei negativem Spirochätenbefund muß die Erscheinung als verdächtig weiterhin beobachtet und untersucht und darf nicht durch Lokalbehandlung das Bild zerstört werden. Schönfeld geht aber noch weiter: er lehnt sogar die vorbeugende Behandlung bei Leuten, die sich nach Lage der Sache mit großer Wahrscheinlichkeit angesteckt haben, wenn sie auch noch keinerlei Erscheinungen haben können, ab. Die Begründung hierfür leitet er aus dem Axiom ab, daß die Behandlung nur gerechtfertigt wäre, wenn bei Verkehr mit Syphilitischen oder Verletzung an solchen die Ansteckung in 100% erfolgen würde und die Gefahr der Salvarsaninjektion gleich Null wäre. Eine vorbeugende Behandlung wird nur für syphilitische Schwangere zugestanden. Wenn diese Sätze Schönfelds auch nicht allerorten angenommen werden dürften, so wird ihm doch jedermann recht geben, wenn er verlangt, daß, wenn man sich doch entschließt, eine vorbeugende Kur zu machen, diese nach Art der Abortivbehandlung eines Primäraffektes mit WR — zu geschehen hat. Auch würde von ihm die vorbeugende Behandlung in Analogie der vorbeugenden Behandlung bei Diphtherie-, Lyssa- und Tetanusverdacht zugestanden werden, wenn die Syphilis „unmittelbar" das Leben bedrohen würde.

A. v. Notthafft-München.

Zur Frage der endolumbalen Salvarsanbehandlung, von Tibor Benedek, Klinik Rille. Leipzig. (M. m. W., 1922, Nr. 2, S. 44.) Benedek verwendet eine aus Einstichnadel, Glasrohrdreieck, zwei Büretten und dazwischen geschalteten Gummischläuchen bestehende Einrichtung. Nach Ablauf der nötigen Flüssigkeit wird in Lösung 0,45 mg Salvarsan zugesetzt und die Mischung zum Rückfluß gebracht. Er läßt die Spinalflüssigkeit in sitzender Stellung ab, hört erst auf, wenn die Kopfschmerzen stärker werden; dann sind aber schon 80—140 ccm abgelaufen. Das Einfließen erfolgt dagegen nach vorsichtigster Umlagerung des Kranken bei erhöhtem Becken und tiefliegendem Kopf. Die Operationsdauer wird so wesentlich verkürzt. Der Eingriff kann erst nach 14 Tagen wiederholt werden. Man wechselt wegen eintretender, bindegewebiger Verklebungen die Einstichstelle (zwischen 2. und 5. Lendenwirbel). 13 Fälle. 60 Infusionen (Meningitis luica, Lues cerebri, Tabes). Gleichzeitige endovenöse Salvarsanverabreichung stört nicht. Es ist nötig, Blut-WR, WR im Liquor (nach der Auswertung von Hauptmann), Pandy, Nonne-Appelt I, Roß-James, Weichbrodt, Nissls Gesamteiweißbestimmung und die Zählung in der Fuchs-Rosenthalschen Kammer auszuführen. Stürmische Erscheinungen wurden nie beobachtet, dagegen während des Einlaufs leichte Parästhesien und bei Tabikern auch vorübergehende, geringe lanzinierende Schmerzen. Geringe Temperaturerhöhung schwand schon am 2. Tag. Zu hohe Dosen können Spinalreizungen hervorrufen. Die subjektiven Erscheinungen gingen in einigen Fällen zurück, in anderen ist das „Reaktionsspektrum" negativ geworden. Daneben Versager. Es wurden am gleichen Kranken bis zu sieben Injektionen gegeben. Verf. steht auf dem Standpunkt Grenneichs, daß bei Syphilis des Zentralnervensystems durch endovenöse Salvarsanverabreichung nur Scheinerfolge erzielt werden können.

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Zur Frage der endolumbalen Salvarsanbehandlung (Erwiderung auf die gleichnamige Arbeit von BENEDEK [siehe voriges Referat]), von LUDWIG FUCHS-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1922, Nr. 8, S. 271.) Die Methode ist umständlich und technisch schwierig, unbequem und kostspielig und enthält die Gefahr der Überdosierung, daher schwere Schädigung bis zur Lebensbedrohung und ernstem Siechtum. Die endovenöse Methode vermeidet diese Nachteile und genügt, lange und nachdrucksvoll ausgeführt, in den weitaus meisten Fällen für die Erzielung von Dauererfolgen.

A. v. Notthafft-München.

Über die Behandlung von Tumoren mit Salvarsan unter besonderer Berücksichtigung der Hirngeschwülste, von PAUL MATZDORFF-Hamburg. (M. m. W., 1922, Nr. 2, S. 42.) Bei einem durch Leichenöffnung und mikroskopische Untersuchung festgestellten Gliosarkom des Gehirns war zweimal auf Salvarsanverabreichung bedeutende Besserung eingetreten. Die Erscheinungen der Einschmelzung der Geschwulst waren höchst auffallend. Verf. hält diese für Salvarsanwirkung. Der Fall ist allerdings nicht eindeutig, da auch Syphilis vorlag. Wegen des Versagens der Jod-Quecksilberbehandlung glaubt MATZDORFF jedoch nicht an eine örtliche Vergesellschaftung beider Leiden.

A. v. Notthafft-München.

Vergleichende Beobachtungen bei Behandlung mit den neueren Salvarsanpräparaten (Silbersalvarsan, Neosilbersalvarsan, Mischspritzen mit Neosalvarsan und Cyarsal), von C. BRUHNS und G. BLÜMENER-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 26, S. 1305.) In der augenblicklichen Wirkung war kein Präparat der bisherigen Methode (Neosalvarsan + Hg salicyl.) überlegen. Bezüglich der Dauerwirkung und Nebenerscheinungen hatten Verff. die besten Resultate mit der Neosilbersalvarsan-Novasurol-Methode. Bei Kombination von Neosalvarsan mit Cyarsal resp. Novasurol sahen Verff. häufig Ikterus, bei Silbersalvarsan allein viele, teilweise schwere Dermatitiden. Neosalvarsan und Hg. salicyl. bei wahrscheinlich ungenügender Dosierung gab schlechte Dauerresultate.

E. Langer-Berlin.

Über Salvarsan und die Maximaldosen, von A. HEFFTER-Berlin. (Med. Kl., 1922, Nr. 7, S. 199.) Die von einigen anderen Autoren angeregte Feststellung einer Maximaldosis für Salvarsan hält H. nicht für besonders angebracht. Die Aufstellung einer Maximaldosis hat überhaupt nur den Zweck, als ein gewisses Warnungszeichen zu dienen, und eine Zusammenstellung der Maximaldosen der Pharmakopöen einiger europäischer Länder ergibt, daß in bezug auf die Toleranz für viele stark wirkende Mittel in den verschiedenen Ländern sehr verschiedene Anschauungen obwalten. Da die Einzeldosis beim Salvarsan stets vom Arzte und nicht vom Apotheker zubereitet wird, fällt auch die Kontrolle seitens des letzteren in diesem Falle fort. Die Festlegung einer Maximaldosis könnte den Arzt auch gar zu leicht veranlassen, unzureichende Dosen zu verabreichen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Vorbehandlung mit Koffein bei der Salvarsanbehandlung der zentralen Nervenlues, von WALDEMAR TH. SACK-Baden-Baden. (M. m. W., 1922, Nr. 24, S. 880.) Da Koffein durch Verengerung der Mesenterialgefäße dem Gehirn mehr Blut zuführt, wurde vor Salvarsaneinspritzungen Koffein gegeben; damit soll die schlechte Zugänglichkeit des Zentralnervensystems für Salvarsan wettgemacht werden.

A. v. Notthafft-München.

Über Mittel und Wege, die Wirksamkeit des Salvarsans auf das erkrankte Nervensystem zu verstärken, von FRITZ KALBERLAH-Hohe Mark i. Taunus. (M. m. W., 1922, Nr. 4, S. 114.) Kaninchen, welche neben Salvarsan noch Methylenblau oder Bismarckbraun eingespritzt erhielten, wiesen mehr Arsen im Gehirn auf als einfache Salvarsantiere und speicherten das Arsen auch viel längere Zeit auf.

A. v. Notthafft-München.

Neosilbersalvarsan bei Neurolues, von G. L. DREYFUS-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1922, Nr. 8, S. 268.) Dem vorzüglichen Silbersalvarsan haftet der Mangel an, daß es häufiger als andere Salvarsanpräparate Nebenerscheinungen macht. Das Neosilbersalvarsan, welches durch Einwirkung von Neosalvarsan auf Silbersalvarsan entsteht, sich rasch vollständig löst, und zwar, wenn es zersetzt ist, mit milchkaffeeartiger Farbe, hält sich in Stammlösungen 4—6 Stunden lang. Man soll sich mit der Dosis einschleichen (Beginn mit 0,05 und allmählich steigern auf 0,3, selbst 0,4, das Doppelte der Silbersalvarsandosis), um sich vor Sensibilisierung des Kranken zu schützen. Durchschnittliche Gesamtdosis 6—9 g in 6—10 Wochen. Wöchentlich 2—3 Einspritzungen. Hohe Überschreitungen der Gesamtdosis zeigten aber keine unangenehmen Erscheinungen. Bei syphilitischer Aortitis und Tabes kleine Einzeldosen. Durchweg vorzügliche Be-

Digitized by Google

kömmlichkeit. Idiosynkrasien kommen, wenn auch selten, vor. Daher Achtung auf Diurese und Stuhl. Träger von Neurorezidiven scheinen empfindlicher zu sein. Die Wirkung steht hinter derjenigen des Silbersalvarsans zurück, ist aber größer als bei anderen Salvarsanpräparaten. Jener Mangel wird dadurch ausgeglichen, daß man bei der Einzeldosis und Gesamtdosis höher hinaufgehen kann. Der Liquor wird bei Tabes durch eine Kur nicht frei, doch gelang dieses wiederholt bei Neurorezidiven mit Dosen von 8—10 g. Die klinischen Erscheinungen wurden so gut wie bei Silbersalvarsan beeinflußt, aber erst bei höheren Einzel- und Gesamtdosen. Die seltenen Exantheme traten besonders bei roten und rotblonden Individuen auf. Auch Höhensonnenanwendung kann die Haut in diesem Sinne sensibilisieren. Da den Dermatosen aber Jucken vorauszugehen pflegt, kann man sie durch rechtzeitiges Aussetzen verhüten. Bei Wiederaufnahme nach 2—3 Wochen sind erst ganz kleine Dosen zu wählen.

A. v. Notthafft-München.

Silbersalvarsan und Sulfoxylat in der ambulanten Praxis, von K. Kall-Nürnberg. (Med. Kl., 1921, Nr. 20, S. 595.) Aus seinen zweijährigen Beobachtungen mit Silbersalvarsan (96 Fälle) und Sulfoxylat (50 Fälle) entnimmt Verf., daß bei der seronegativen Lues I das Silbersalvarsan auch für die ambulante Praxis das Mittel der Wahl darstellt. Bei seropositiver Lues I soll der ersten Kur von etwa 12 Injektionen sehr bald eine zweite Serie folgen oder mit Hg kombiniert werden. Die Pause soll nicht länger als 4—6 Wochen betragen. Desgleichen ist bei Lues II vor großen Pausen dringend zu warnen. Als Anfangsdosis gab K. 0,1 und 0,15 in 10 ccm Wasser gelöst, die höheren Dosen in 20 ccm Wasser. Sulfoxylat erwies sich ihm als den anderen Salvarsanpräparaten nicht überlegen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Meine Erfahrungen mit Neosilbersalvarsannatrium, von E. Galewsky-Dresden. (M. m. W., 1922, Nr. 10, S. 352.) Verwendete Normaldosis 0.3—0,45 alle 4—5 Tage. 10—12 Injektionen zur Abortivbehandlung bei seronegativer Syphilis I, 10—12 allein oder kombiniert mit Hg bei seropositiver Syphilis I. 6 Wochen nach der Behandlung Sicherungskur von 4—6 Einspritzungen, wieder allenfalls mit Hg verbunden. Sämtliche so behandelte Fälle nach 1—$1^1/_2$ Jahren serorezidivfrei. Bei den Abortivkuren ist Quecksilber nicht nötig; ja, es scheint das Salvarsan für sich allein besser vertragen zu werden. Trotzdem soll in den seropositiven Fällen und bei Syphilis II, und obwohl man auch hier mit Salvarsan allein Freibleiben von Rezidiven erreicht, kombiniert behandelt werden. Die Wirkung von Neosilbersalvarsan vollzieht sich vielleicht weniger rasch, als die des alten Silbersalvarsans. Dafür wird es i. A. aber außerordentlich gut vertragen. Gelegentlich kommt aber hohes Fieber (seropositive Fälle mit Jarischscher Reaktion!) und Hauterkrankung vor. Mischinjektionen mit Novasurol oder Cyarsal wirken zwar prompt, aber wenig nachhaltig. A. v. Notthafft-München.

Die Behandlung der Lues mit Neosilbersalvarsan, von Karl Zeller-Erlangen. (M. m. W., 1920, Nr. 20, S. 737.) Das Neosilbersalvarsan wirkt auf syphilitische Erscheinungen schwächer als Silbersalvarsan, ist anderen gebräuchlichen Salvarsanen aber gleichwertig. Die Serumreaktion wird im allgemeinen günstig beeinflußt, besonders im Frühstadium. Keine ernsten Nebenwirkungen. A. v. Notthafft-München.

Über Neosilbersalvarsan, von A. Ziegler-Glogau. (D. m. W., 1922, Nr. 29, S. 979—981.) In einem Vorwort fordert Jadassohn auf, bei der Fülle der auf den Markt kommenden Salvarsanpräparate möglichst schnell kurze Berichte über Wirkung des betreffenden Präparates auf Spirochäten, Symptome, WR bzw. Liquor und Nebenwirkungen zu veröffentlichen, damit kein minderwertiges Präparat allgemeine Anwendung finden kann. Die Ausführungen des Verf. ergeben, daß das Neosilbersalvarsan gut wirkt. Große Unterschiede gegen ältere Salvarsanpräparate wurden nicht gefunden. Die Nebenwirkungen entsprechen denen der bisherigen Präparate.

F. Harry-Berlin.

Über Neosilbersalvarsan, von K. Ullmann-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 14, S. 316—322.) Silber- und Neosilbersalvarsan wirken kräftig und rasch, mitunter rascher als Neosalvarsan, besonders auf die leicht erreichbaren Spirochäten in den Geweben von Initialaffekten und auf frische manifeste Erscheinungen der sekundären Lues. Ebenso sichtlicher Einfluß auf die Resorption periostaler Schwellungen, auch älterer gummöser Infiltrate, den Symptomenkomplex der hereditären Lues, und auf den luetischen Fötus, in Einzelfällen auf Neurorezidive im Bereich der Hirnnerven, des Gehörapparates, auf Keratitis parenchymatosa. Die hartnäckig positive WR des Stadiums der Spätlatenz erfuhr durch eine kräftige Kur in manchen Fällen schon nach der ersten,

Digitized by Google

mitunter erst nach der zweiten Kur eine Änderung in die negative Phase oder doch eine Abschwächung. In einem Falle von Lues in Gravida hat eine kräftige Silbersalvarsankur, in einem anderen eine solche mit Neosilbersalvarsan zum ersten Male ein anscheinend gesundes Kind zur Folge gehabt. Ob die Silberpräparate gegenüber Nervenlues, im Vergleich zu Neosalvarsan, besondere Vorteile bieten, kann aus den relativ wenigen bisher behandelten Fällen nicht mit Bestimmtheit, immerhin mit großer Wahrscheinlichkeit gefolgert werden. Das gelegentliche Auftreten von leichten Neurorezidiven kann nur als Zeichen kräftiger Wirkung, durchaus nicht als Gegenanzeige für das Präparat angesehen werden. Für das heute nunmehr allein in Betracht kommende Präparat Neosilbersalvarsan entfällt auch die früher zu allgemeiner Anwendung hinderliche stärkere lokale Gewebsreaktion. Ein schädigender Einfluß auf die Ausscheidungsorgane (Niere) hat sich in keinem einzigen Falle ergeben. Vasomotorische Reizungen sind bei richtiger Handhabung der Lösung und Dosierung beim Neosilbersalvarsan nicht zu gewärtigen. Der nachhaltige Einfluß auf das Verschwinden der WR schon ohne Kombination mit Quecksilberpräparaten kann mit Rücksicht auf den verringerten Arsengehalt kaum anders als durch den chemotherapeutisch erhöhten, spirilloziden Einfluß des Präparates gegenüber dem Neosalvarsan erklärt werden. (Rolle der Silberkomponente im Sinne der Ausführungen Kolles.) Der Umstand, daß die Löslichkeitsverhältnisse dem Neosalvarsan nicht nachstehen, die Zersetzlichkeit der Lösungen an der Luft den Lösungen von Neosalvarsan gegenüber eine ungleich geringere wurde, läßt das Neosilbersalvarsan dem Neosalvarsan als ebenbürtig, wenn nicht sogar überlegenes Mittel bezeichnen. Die Erfahrungen für eine kritische Bewertung der Dauerwirkung sind noch zu kurz. Nach den bisherigen Erfahrungen dürfte es den sonstigen Salvarsanpräparaten darin nicht nachstehen. Wo Hg-Präparate schlecht vertragen oder sonst kontraindiziert sind, aber Salvarsanpräparate nicht ausreichen, dürfte Neosilbersalvarsan am Platze sein. Verf. bleibt auch für die reguläre Syphilistherapie aus den bisherigen Erfahrungen heraus vorläufig beim Neosilbersalvarsan. H. Soltmann-Leipzig.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie hat zu korrespondierenden Mitgliedern gewählt: E. H. Sainz de Aja, J. Sanchez Covisa, Fernando Criado, J. Fernandez de la Portilla, Miguel Fokns, J. Sanz de Grado in Madrid, Oliver S. Ormsby in Chicago, J. F. Schamberg in Philadelphia, Udo J. Wile in Ann Arbor, T. Caspar Gilchrist in Baltimore, Kilroy in Springfield und C. J. White in Boston.

Prof. Moriz Oppenheim in Wien wird infolge Einladung der London Dermatological Society in deren Jahressitzung über die neueren Fortschritte der Dermatologie sprechen.

Prof. Vincent wurde an Stelle von Laveran zum Mitglied der Académie des Sciences gewählt.

Habilitiert: Dr. Stephan Rothman, Assistent der dermatologischen Klinik in Gießen.

Gestorben: Dr. William Augustus Hardaway, gewesener Professor der Dermatologie an der Washington University Medical School in St. Louis und Vorsitzender der American Dermatological Association; der Lepraforscher Dr. Jorge Martinez Santamaria in Bogota. R.

Berichtigung. In Nr. 10, S. 219, Z. 4 von unten (Berliner Derm. Gesellsch., Diskussion Sklarz) muß es heißen Kalium statt Kalzium.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

14. April 1923 | Nr. 15 | Band 76

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Beitrag zur Kenntnis der in der Nackengegend lokalisierten angeborenen Tumoren.

Von

Dr. Oskar Kiess, Assistent.

Mit 2 Abbildungen im Text.

In der Hauptsache wird es sich bei allen in der Nackengegend lokalisierten Tumoren um Lipome, Atherome, Keloide, Nackenneurome, von der tiefen Faszie ausgehende harte Fibrome oder Fibromata pendula handeln. Alle anderen Geschwülste dieser Region gehören zu den größten Seltenheiten. In den Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie von 1921, Bd. 2, S. 463; 1922, Bd. 3, S. 366 sind von Noel 2 Beobachtungen an Negern veröffentlicht worden, bei denen es sich um im Nacken und auf den Schultern, oberhalb der Schulterblätter gelegene Tumoren handelt, die, bis auf einen im 1. Falle, sonst streng symmetrisch angeordnet, nicht schmerzhaft, das eine Mal angeboren, das andere in der ersten Kindheit entstanden, elastisch und nicht gelappt waren. Sie waren mit der Haut, die ihre natürliche Elastizität verloren hatte, verwachsen und verschieblich und gingen ohne scharfe Grenzen ins Gesunde über. N. spricht sich nur nach dem Befund, ohne histologische Untersuchung, für eine fibromatöse Natur der Geschwülste aus.

Wir haben in der hiesigen Klinik seit Jahren einen Knaben in Beobachtung und Behandlung, dessen Hautleiden mit den beiden obigen Fällen manche Ähnlichkeit und Übereinstimmung aufweist. Da wir den Tumor auch mikroskopisch untersuchen konnten, soll der Fall kurz mitgeteilt werden.

R., Arno, 10 J., aufgenommen 1919 wegen Impetigo contag. faciei et capillitii. Als Nebenbefund auf Hinterkopf, Hals, Nacken und oberen Rücken eine Geschwulst, die nach Angaben der Mutter schon gleich nach der Geburt als eine schwarzblaue Schwellung von Dreiecksform auf der rechten Seite und in der Mitte des Halses bestanden haben soll und als ein Feuermal angesprochen wurde. Die Länge der nach dem behaarten Kopfe zu gelegenen Basis des Dreiecks soll ungefähr 3—4, die Höhe 1—1½ cm betragen haben. Im Laufe der Jahre ganz allmähliches, aber kontinuierliches Wachstum nach oben und unten, und erst in den letzten Jahren an der oberen Tumorhälfte scheinbar völliger Stillstand, während nach unten der Tumor sich weiter ausbreitete. Eine tiefe Einziehung in der Mitte der Geschwulst auf der linken Halsseite soll sich im 8. Lebensjahre bemerkbar gemacht haben, eine weitere weniger tiefe, etwas bogenförmige auf der rechten Seite der oberen Tumorhälfte soll erst vor einigen Wochen entstanden sein und anfänglich reichlich Eiter entleert haben. Außer einigen erfolglosen Röntgenbestrahlungen vor 5 Jahren unbehandelt.

Digitized by Google

Vom Scheitel, 3 Querfinger breit oberhalb einer die oberen Helixränder beider Ohren verbindenden Linie ein Tumor, dessen Rand nach links bis an das linke Ohr heranreicht, nach rechts im Bogen und 3 Querfinger breit vor dem rechten Ohr herabzieht. Dann verlaufen die Ränder nur wenig divergierend, fast parallel nach abwärts bis zu einer die unteren Ränder beider Antitragi verbindenden Linie, wo die Geschwulst auf der rechten Halsseite durch eine 1 ccm tiefe, nach rechts sich verflachende und in 2 divergierende Hautfalten auslaufende Einziehung unterbrochen wird, während sie sich rechts kontinuierlich fortsetzt. Diese obere Geschwulsthälfte ist völlig unverschieblich mit der Unterlage verwachsen. Die Ränder fallen steil, 1 cm hoch, ab und gehen zwar ohne deutlich fühlbare Grenze doch ziemlich unvermittelt ins Gesunde über. Die bedeckende Haut zeigt eine hell- bis ziegelrote Farbe, ist so gut wie nicht faltbar, glänzend und mit etwas vergröberter Hautfurchung. Die Haare fehlen außer im Beginn der oben erwähnten, im Anfangsteil normalfarbene Haut aufweisenden Einziehung völlig. Ungefähr in der Mitte der rechten Hälfte eine ebenfalls gut 1 cm tiefe, schräg und etwas bogig von links unten nach rechts oben verlaufende $3^1/_2$ cm lange zweite, auf den Rändern und dem Grunde mit honiggelben, mehr weichen Krusten bedeckte Einziehung. Die Konsistenz der Geschwulst ist eine derbelastische.

Während also an dieser queren Einziehung auf der linken Hälfte der Tumor eine Unterbrechung erfährt, setzt er sich auf der rechten kontinuierlich auf die untere Hälfte fort, hat aber auch auf der linken Seite direkt unterhalb der Einziehung schon wieder dieselbe seitliche Ausdehnung wie rechts.

Von da ab verlaufen die oberen Ränder des unteren Tumoranteils symmetrisch nach unten und außen, ungefähr bis zur Mitte der Schlüsselbeine. Die unteren Ränder sind viel weniger symmetrisch und scharf, ziemlich verwaschen und bilden nach innen konvergierend über dem 3. Brustwirbel einen offenen, stumpfen Winkel. Von diesem Wirbel aus verläuft nach oben und rechts außen bis zur Mitte der rechten oberen Kante eine deutlich sichtbare und fühlbare, seichte, derbere Einziehung. Die Haut dieser Hälfte ist mehr blaurot gesprenkelt und etwas besser, aber immer noch sehr wenig faltbar.

Während auf dem Halsteil die Ränder sich scharf von der umgebenden Haut abheben und über sie hervorspringen, scharf gespannt und wie verkürzt erscheinen, verlieren sie sich auf dem Rückenanteile mehr allmählich im Gesunden. Auf beiden sind sie jedoch vom Normalen her gut unterfaßbar und im untersten Teile auch wenig abhebbar. Hier läßt sich auch die Geschwulst in toto von den seitlichen Rändern her zu einer groben Falte etwas zusammendrücken und ist gut mit der Haut, der Halsanteil weniger und nur seitlich verschieblich. Die Konsistenz dieser unteren Hälfte ist eine entschieden weichere, als die der oberen, sie weist außerdem ganz vereinzelte Lanugohärchen auf.

Nach Abheilung der Impetigo geriet uns der Knabe aus den Augen, bis er Anfang 1922 wiederbestellt wurde, um Versuche mit der Paynschen Pregl-Pepsinlösung anzustellen, die uns in dankenswerter Weise von der chirurgischen Klinik zur Verfügung gestellt wurde. Mit ihr waren beachtenswerte Erfolge bei Keloiden erzielt worden, weswegen ihre Anwendung auch auf diesen Tumor ausgedehnt werden sollte.

Der Befund hatte sich zu dieser Zeit wenig verändert. Auf der linken unteren Hälfte, wo die Probeexzision vorgenommen worden und eine 2×1 cm lange, weiße, derbe Narbe entstanden war, scheinbarer Stillstand, während rechts die untere Grenze 2 cm weiter nach unten vorgerückt war als links. Der obere Tumorabschnitt war völlig unverändert.

Die damaligen Größenverhältnisse waren:

senkrechter Durchmesser	22 cm
schräger Durchmesser von links oben nach rechts unten .	24 „
schräger Durchmesser von rechts oben nach links unten .	17 „
wagerechter Durchmesser hinter der Mitte beider Ohren (größter querer Durchmesser der oberen Hälfte) . .	18 „
senkrechter Durchmesser bis zur Einziehung	12 „
Von dieser Einziehung an gemessen:	
von links oben nach rechts unten	13 cm
von rechts oben nach links unten	11 „
größter querer Durchmesser der unteren Hälfte	17 „

Injiziert wurde direkt in das beim Einstechen knirschende, derbe Gewebe mit möglichst dünner 7 cm langer Kanüle nur in der unteren Geschwulsthälfte, und zwar

Digitized by Google

in den ersten 4 Sitzungen von 8—10 Einstichstellen aus je 1—5 ccm in den gesamten unteren Abschnitt, in den weiteren 5 von 6—8 Stellen aus je 5—12 ccm nur in den rechten unteren Quadranten, bis das Injektionsfeld eine große, pralle, gelbweiße Papel mit napfartig erweiterten Follikelmündungen bildete.

Die Beschränkung auf nur diese Partie fand statt, da gerade hier ein besonderes Flächenwachstum festzustellen war. Entsprechend der rascheren Wirksamkeit der Payr-schen Pregl-Pepsinlösung bei frischeren Keloiden, wenigstens nach unseren Beobachtungen, mußte demnach auch an dieser Stelle ein Erfolg schneller offenbar werden. Dieser war nach der 7. Injektion deutlich vorhanden. Die sonst im allgemeinen schmale, wenn auch unscharf sich verlierende Randzone hätte sich nach innen, nicht nach außen, merklich verbreitert. Diese Rückbildung in Gestalt eines Weicherwerdens ließ sich noch weiterhin durch leichtere Faltbarkeit nicht nur der Haut über dem Tumoranteil, sondern auch dieses Geschwulstabschnittes selbst. Dabei hatte die behandelte Partie einen besonderen, düster braunroten Farbenton angenommen, und in ihr zeigten sich zahlreiche, dunkel- bis fast blaurot erweiterte Gefäßchen. Infolge zunehmender Schmerzhaftigkeit der Einstiche an sich als auch der Einspritzungen blieb der Knabe Ende Juli aus der Behandlung weg.

Zu den Injektionen selbst sei noch kurz gesagt, daß die im Anschluß an die Injektionen auftretenden Schmerzen bis zu $^1/_4$ Stunde anhalten und wohl an Intensität, nicht aber an Zeitdauer sich verstärken sollten. Fernerhin hatten wir nicht nur bei der einzelnen Einspritzung das Gefühl, als ob mit zunehmender Injektionsmenge auch ein fühlbarer geringerer Widerstand des Gewebes einträte, vor allem aber auch bei den wiederholten Einspritzungen.

Ende November wurde der Knabe von der Mutter wieder vorgeführt, da auch nach Ansicht der Eltern eine Besserung stattgefunden hatte. Die oberen Maße waren unverändert geblieben, ebenso der rechte schräge Durchmesser, also auf der Seite der Probeexzision, während der linke schräge 14 cm betrug, also gegen die obigen Maße um 1 cm zugenommen hatte. Die Konsistenz dieses Quadranten war trotzdem immer noch entschieden weicher als die des übrigen Abschnittes. Die erweiterten Gefäßchen haben an der Zahl zugenommen und sich auf den ganzen unteren Abschnitt ausgedehnt (s. Abbildung 1).

Zuletzt sahen wir den Knaben Anfang Januar 1923. Jetzt ist ein Fortschreiten der Geschwürsbildung nicht nur rechts um weitere $1^1/_2$ cm deutlich festzustellen, sondern auch links nach außen und unten von der Exzisionsnarbe, wobei die neubefallenen Partien einen besonderen ins bläuliche spielenden Farbenton angenommen haben. Weiterhin ist jetzt auch auf dem oberen Anteil im linken unteren Abschnitt eine deutliche Dickenzunahme festzustellen.

Da eine chirurgische Behandlung ebenso wie eine erneute solche mit der Payr-schen Pregl-Pepsinlösung entschieden abgelehnt wird, soll mit der Röntgenbestrahlung begonnen werden, trotz der geringen Aussichten, die dieses Verfahren bei Fibromen und ähnlichen Gebilden bietet.

Die Diagnose mußte auf eine fibromatöse Neubildung wegen des derben, nicht gelappten Baues und des allmählichen Übergangs ins Gesunde bei völlig fehlenden subjektiven und objektiven Beschwerden lauten.

Gegen Lipom sprachen die Beteiligung des behaarten Kopfes, die unscharfe Begrenzung, die derbe Konsistenz, die fehlende Faltbarkeit und Verschieblichkeit der noch dazu verfärbten Haut über der Geschwulst, die fehlende Lappenbildung und die Druckschmerzhaftigkeit. Der Madelungsche Fetthals sei nur nebenbei erwähnt.

Ein Atherom wird nie eine derartige Größe erreichen, ist außerdem von weicherer, wenn auch elastischer, gummiartiger Konsistenz und auf der Unterlage verschieblich. Die Haut ist über ihm verschieblich, falls nicht durch vorausgegangene entzündliche Vorgänge mit ihm verwachsen, die Geschwulst selbst scharf umschrieben.

Ein Keloid liegt zweifellos ebensowenig vor. Spontankeloide von dieser Ausdehnung sind noch nicht beobachtet worden, und ein

Digitized by Google

Narbenkeloid ist schon wegen der fehlenden vorausgegangenen Narbenbildung auszuschließen, ganz abgesehen von dem fehlenden Gefühl des Brennens, Juckens und der fehlenden Druckschmerzhaftigkeit. Das Rankenneurom endlich ist durch sein Konvolut kantig verdickter Stränge von vornherein auszuschließen.

Abb. 1.

Zur Sicherstellung der Diagnose Probeexzision aus der Mitte des linken unteren Randes. Knirschen beim Einschneiden in die härteren Tumorpartien.

Auf der Schnittfläche zeigt das exzidierte Stück ein weißliches, sehnig glänzendes Aussehen mit dichten, wellig verlaufenden Faserzügen.

Digitized by Google

Färbung der Schnitte mit Hämatoxylin-Eosin, mit polychromem Methylenblau, nach Weigert und nach van Gieson.

Die Oberhaut zeigt keine Strukturveränderungen. Sämtliche Schichten, ebenso wie die interpapillären Retezapfen von normaler Höhe bzw. auch Breite.

In den Papillen reichliche kleinzellige Infiltration, die aus Rundzellen mit wenigen eingestreuten Leukozyten besteht. Die subpapilläre

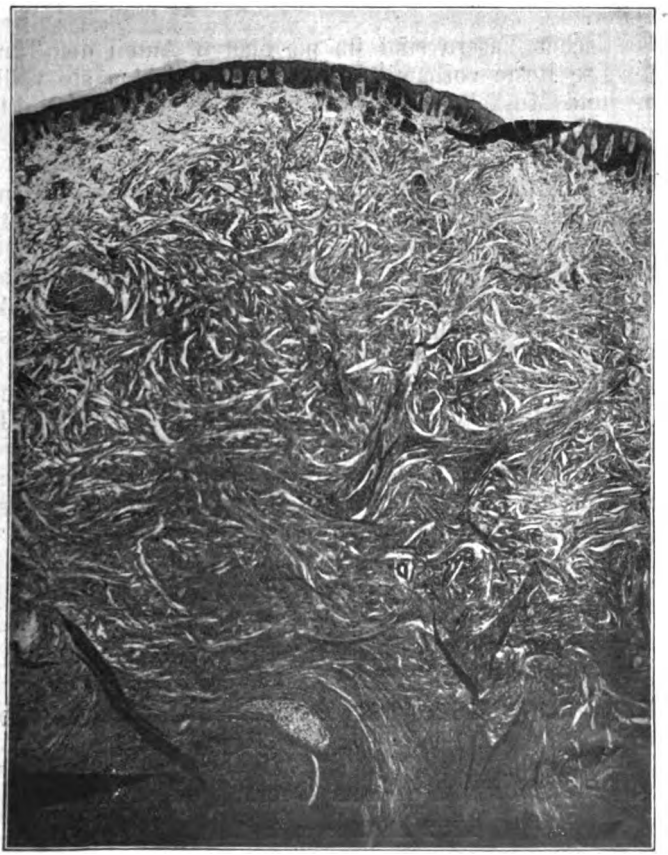


Abb. 2.

Schicht wird dargestellt von einem mehr oder weniger dichten und dicken Geflecht kreuz und quer verlaufender Bindegewebsbündel mit reichlichen längsgetroffenen, spindelförmigen, parallel zur Faserrichtung angeordneten und quergetroffenen, rundlichen bis ovalen Zellkernen, zwischen denen sich reichlich fibrilläre Substanz befindet. Nach der Mitte der Geschwulst zu reicht die Bindegewebswucherung bis an und in die Papillen hinein, während sie nach dem Rande zu mehr und mehr nach der Subkutis zu abflacht und unscharf und allmählich ins Gesunde

Digitized by Google

übergeht. In diesem dichten Bindegewebe findet sich reichlich herdförmige und streifige, kleinzellige Infiltration, die hauptsächlich an die Teilungsstellen und den Verlauf der Gefäße gebunden ist und wie oben aus Rundzellen und spärlichen, gelapptkernigen Leukozyten besteht. An anderen Schnitten, die mehr aus der Mitte und Tiefe der Neubildung stammen, besteht auch eine reichliche Zellanhäufung in den Interstitien, aber nicht besonders um die Gefäße angeordnet. Von den Interstitien aus zieht die kleinzellige Infiltration stellenweise zwischen die einzelnen Fibrillen weiter.

Von elastischen Fasern sind im peripheren Anteil des Tumors nur noch stellenweise Reste vorhanden, im Zentrum fehlen sie vollkommen.

Nerven- und Muskelfasern sind in den angelegten Schnitten nicht zu finden.

Mastzellen sind reichlichst im Bindegewebe verstreut, während Plasmazellen nur ganz vereinzelt in der Nachbarschaft von Infiltraten, ohne merklichen Zusammenhang mit dem Verlauf eines Gefäßes vorhanden sind.

Haare und Talgdrüsen finden sich ganz vereinzelt.

Dagegen ist die Schweißdrüsenanlage scheinbar völlig intakt.

Die Versorgung mit Blutgefäßen, auch mit Kapillaren ist mäßig. Lymphspalten finden sich wieder reichlicher im Gewebe.

Das subkutane Fettgewebe ist stark rarefiziert und durch mehr oder weniger dicke Bindegewebsstränge in rundliche oder ovaläre Läppchen abgetrennt.

Wir haben es demnach mit einem chronischen, entzündlichen Prozeß bindegewebiger Natur zu tun, nicht mit einer echten Geschwulstbildung, der wohl am besten der diffusen Fibromatose zuzurechnen ist.

Aus der Universitäts-Hautklinik Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. Bettmann).

Zur Pathogenese der Achselhöhlenabszesse.

Von

Privatdozent Dr. Gans, Oberarzt der Klinik.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Mit manchen anderen in ein sogenanntes Grenzgebiet gehörigen Erkrankungsformen teilen die Achselhöhlenabszesse das Schicksal verhältnismäßig selten Gegenstand wissenschaftlicher Erforschung gewesen zu sein. Der Chirurg sowohl wie der Dermatologe beobachten und behandeln die Erkrankung nicht eben selten und trotzdem ist ihre Pathogenese bis heute noch nicht restlos geklärt. Ob dies tatsächlich — wie von mancher Seite behauptet wird — an der Schwierigkeit der Materialbeschaffung liegt, möchte ich dahingestellt sein lassen. Wenn das auch für manchen Dermatologen zutreffen mag, für den Chirurgen, bei dem das frühzeitige gänzliche Ausschneiden immer noch eine der sichersten und schnellsten Behandlungsformen darstellt, trifft das sicherlich nicht zu.

Digitized by Google

Die Unklarheit, welche die Pathogenese dieser Erkrankung umgibt, mag daher wohl eher auf die Eigenart des betreffenden Untersuchungsmaterials zurückzuführen sein. In den meisten Fällen wird nämlich der Kranke erst durch die auftretenden Schmerzen zum Arzt getrieben. Da nun erfahrungsgemäß die entzündliche Schwellung in dem lockeren Gewebe der Achselhöhle erst eine gewisse Höhe erreichen muß, ehe sich zu Rubor, Kalor und Tumor der Dolor als weiteres der Hauptsymptome der klinischen Entzündung gesellt, so pflegt der untersuchende Arzt mit seiner Exzision meist zu spät zu kommen. Die Gewebszerstörung ist bereits soweit vorgeschritten, daß eine Entscheidung über den Ausgangspunkt der Erkrankung nicht mehr zu treffen ist. Ein wirres Trümmerfeld von Epithel-, Leukozyten- und Bindegewebsresten mit eingestreuten Kokken bietet sich dem Untersucher dar. Auch mir ist es in den 9 Jahren, seit dem ich meine Aufmerksamkeit dieser Frage zuwandte, nur zweimal gelungen, daß Untersuchungsmaterial so frühzeitig zu gewinnen, daß mir eine einigermaßen sichere Beurteilung der Veränderungen und ihrer Entstehungsweise möglich schien. Wenn auch dieses Urteil kein endgültiges sein kann, so mag das wohl weniger mit dem Zeitpunkt der Entnahme des Materials zusammenhängen, als vielmehr mit der Tatsache, daß es kaum je gelingen dürfte, ein biologisches Geschehen durch eine rein morphologische Betrachtungsweise restlos zu klären.

Der 1. Fall betrifft ein 13jähr. Mädchen (E. T., Nr. 825/1919), das wegen eines psoriatiformen Ekzems seit 14 Tagen in klinischer Behandlung stand. Es bekam am 25. III. 1919 eine schmerzhafte Anschwellung in der linken Achselhöhle mit gleichzeitigem Temperaturanstieg auf 38°. Bei remittierendem Fieber entwickelten sich mehrere typische Achselhöhlenabszesse, die am 30. März durch Punktion entleert wurden und unter entsprechender Behandlung abheilten. Am 7. April erneuter leichter Temperaturanstieg (37,4°) und Klagen über „Ziehen" in der rechten Achsel. Hier wird in der Subkutis ein isoliertes, auf Druck leicht schmerzendes und auf der Unterlage verschiebliches kaum erbsengroßes Knötchen festgestellt, das exzidiert, in Paraffin ein gebettet und in Reihenschnitten untersucht wurde. Im weiteren Krankheitsverlauf kommt es in der Achselhöhle noch zur Bildung mehrerer Abszesse.

Mikroskopischer Befund: Das Knötchen hatte etwa $1^1/_2$ mm Durchmesser. Der eigentliche Entzündungsprozeß war dabei auf einen 1 mm breiten Herd beschränkt. Es ließ sich bei schwacher Vergrößerung feststellen, daß die eigentliche Abszeßbildung über die Zone weit hinausreichte in der sich das zugehörige Schweißdrüsenknäuel befand. Verfolgte man den Gang der Abszeßbildung vom Rande zur Mitte hin, so konnte man einwandfrei beobachten, wie am Rande die reaktive Gewebsveränderung im interstitiellen Bindegewebe bereits vorhanden war, ehe sie an dem Schweißdrüsenknäuel überhaupt feststellbar ist. Es zeigte sich, daß diese den Bindegewebssepten entlang fortschreitet. Diese Bindegewebssepten sind sehr stark verbreitert, zellreicher als in der Norm und umfassen als polygonales plumpes Netz die einzelnen Läppchen. Die Zellinfiltration dieser Septen wird, je näher man der Mitte des Herdes kommt, um so stärker. Sie besteht in erster Linie aus gewucherten Bindegewebszellen und am Rande nur wenigen Lympho- und Leukozyten. Diese Bindegewebsbälkchen, die durch ihren Aufbau aus elastischem und kollagenem Gewebe auch in der Mitte des Eiterherdes noch deutlich sichtbar sind, umschließen die einzelnen unregelmäßig geformten, aus sezernierenden Schweißdrüsenknäueln und Fettträubchen bestehenden Läppchen. Von den gröberen Balken gehen dann die bekannten Seitenbahnen ab, welche die einzelnen Läpp-

Digitized by Google

chen wiederum zergliedern, um schließlich in den die einzelnen Drüsenschläuche umspinnenden Bindegewebslamellen zu endigen. Von dem Rande zur Mitte des Abszesses hin ist dieses Bindegewebe in zunehmenden Maße von einem zellreichen Infiltrat durchsetzt, das allmählich dichter und dichter werdend, die einzelnen Schweißdrüsenknäuel völlig umspinnt, so daß sie als helle Ovale oder auch Schleifen aus den infolge des Kernreichtums tief dunkel gefärbten (H.-E.) Interstitien hervortreten. In der Mitte schließlich sind die einzelnen Gebilde manchmal nur noch auf dünnsten Schnitten und mit feinsten Färbungsdifferenzen als epithelialer oder bindegewebiger Natur oder auch als zu den Infiltratzellen gehörig zu erkennen; aber auch hier fällt auf, daß die Epithelien der Drüsenschläuche manchmal noch sichtbar sind, wenn alles andere in einem diffusen Zell- und Detritushaufen verschwunden ist. Bei stärkerer Vergrößerung läßt sich feststellen, daß die Schweißdrüsen am Rande des Herdes wohl erhalten sind, ihre Epithelien sind durchaus normal in Farbe und Zeichnung. Zur Mitte hin, dort, wo in den Interstitien bereits eine stärkere Zellinfiltration auf die stärkere Schädigung hinweist, trifft man innerhalb der Schweißdrüsen vereinzelt Leukozyten. Sie liegen meist frei in der Mitte des Lumens; vielfach lassen sie sich weniger gut färben als wie die noch außerhalb der Schweißdrüsen in den Bindegewebssepten gelegenen. In der Mitte des Herdes schließlich sind die Schweißdrüsen manchmal völlig von einem dichten Leukozytenherd durchsetzt, der an mehreren Stellen das Epithel, die Muskularis und die Membrana propria durchbricht und ins Bindegewebsinfiltrat übergeht. An diesem Abschnitt lassen sich dann auch Kokken in wechselnder Zahl innerhalb der Schweißdrüsen beobachten. Über ihre genauere Lagerung wird nachher im Zusammenhange berichtet. Die Blutgefäße in dem erkrankten Bezirk fallen am Rande desselben durch eine außerordentliche Erweiterung und pralle Füllung auf. Diese setzt sich auch noch bis weit in die Umgebung fort. Zur Mitte des Herdes hin ist die Erweiterung nicht so ausgesprochen. Es scheint als ob die Verbreiterung und Infiltration der Bindegewebssepten dies hier rein mechanisch unmöglich gemacht hätten. Das Bindegewebe ist in der Mitte des Herdes nahezu völlig eingeschmolzen. Bei besonderen Färbungen (Kollagen, Elastin) gelingt es jedoch, hier noch einzelne Reste meist in Form kurzer Blöcke oder Schleifen festzustellen. Hier und da sieht man Kokkenhaufen diesen Schleifen eingelagert, und bei stärksten Vergrößerungen läßt sich feststellen, daß es sich hier um Einlagerung der Kokken in präformierte Hohlräume handelt, und zwar um Lymphgefäße (s. Abb. 1). Bei Durchsicht einer Reihe von Schnitten kann man dann beobachten, wie sich diese Kokkenhaufen zu einem in der Mitte gelegenen Ausgangsort hin fortsetzen, wenn auch in der Mitte selbst ein diffuses aus Leukozyten und Gewebsdetritus bestehendes Exsudat genauere topische Feststellungen nicht mehr erlaubt. Dagegen läßt sich an anderen Stellen mehrfach der Einbruch der Kokken aus dem Interstitium in das Drüsenlumen hinein feststellen. Dieses enthält viele Leukozyten, innerhalb deren sich vereinzelte Kokken feststellen lassen. Die Leukozytenansammlung ist dabei wandständig, dem infiltrierten Bindegewebsabschnitt zunächst liegend. Hier sind die an den anderen Stellen scharf blau (polychromes Methylenblau-Orzein) gefärbten Zellkerne nur als schmutzigblaugraue Gebilde sichtbar. Das Protoplasma dieser Zellen ist nicht mehr homogen, sondern mit körnigen Massen angefüllt (trübe Schwellung). Dieser letztere Prozeß geht der Kernzerstörung voraus, in dem an vielen Stellen die Kerne noch gut darstellbar sind, während die Protoplasmaveränderung schon eingetreten ist. Der Zustand darf natürlich nicht verwechselt werden mit dem physiologischerweise in den sezernierenden Zellen auftretenden Tröpfchen.

Besonders bemerkenswert ist das Fortschreiten der Entzündung in der Umgebung des Herdes. Man findet nämlich, daß auch hier die Zellinfiltration nur rein den Bindegewebssepten folgt. Erwähnenswert ist die Häufung eosinophiler Leukozyten in diesen Infiltraten, in dem oft 6—12 solcher Zellen in einem einzigen Gesichtsfeld gezählt werden konnten. Zum Zentrum hin nahm die Eosinophilie ab, hier fanden sich neutrophile Leukozyten.

Zusammenfassend handelt es sich also um einen wenige Stunden nach dem klinischen Auftreten ausgeschnittenen Achselhöhlenabszeß, dessen geweblicher Aufbau einen Rückschluß auf die Pathogenese dieses Krankheitsbildes zu erlauben scheint. Innerhalb des umschriebenen, selbst in der Mitte noch nicht völlig eingeschmolzenen Herdes ließ sich feststellen, daß die reaktiven Vorgänge sich zunächst in den Bindegewebs-

Digitized by Google

septen ausbreiten, während die Drüsenschläuche erst in zweiter Linie in Mitleidenschaft gezogen werden. In diesen Bindegewebssepten fanden sich bereits Kokkenhaufen und Kokkenstreifen in deutlich als erweiterte Lymphgänge erkennbaren Hohlräume eingelagert, ehe überhaupt an den Schweißdrüsen eine stärkere Veränderung sichtbar war. Weiter ließ sich feststellen, daß von diesen primär in den bindegeweblichen Septen auftretenden Kokkenherden aus, dann sekundär der Einbruch in die sezernierenden Abschnitte der Schweißdrüsen erfolgte.

Der 2. Fall (A. B.), von dem ich das Untersuchungsmaterial während des Krieges gewann, stammt von einem Soldaten, der wegen einem Eczema squamosum manus ins Lazarett kam. Nach einigen Tagen erkrankte er hier ohne nennenswerten Fieberanstieg an einem rechtsseitigen Achselhöhlenabszeß, der durch frühzeitige völlige Entfernung des erkrankten Gewebes innerhalb

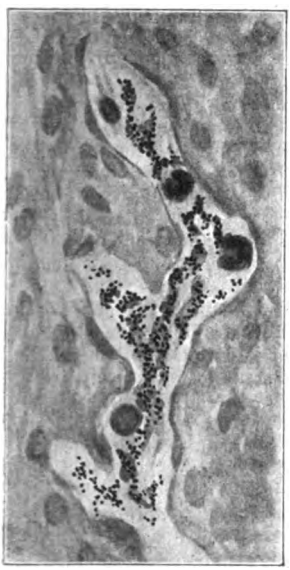


Abb. 1.

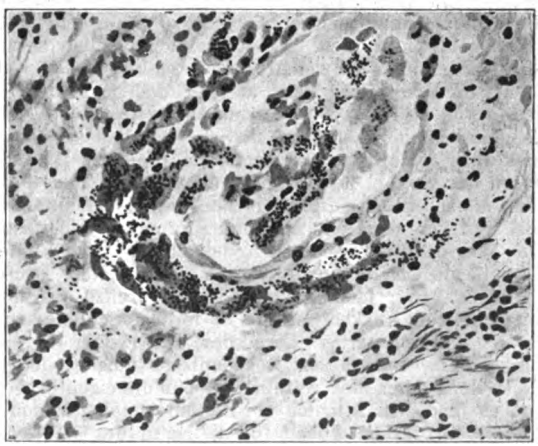


Abb. 2.

weniger Tage abheilte. In der Subkutis fand sich ein am fixierten Präparat kaum erbsengroßer Erweichungsherd, der ebenfalls in Reihenschnitten untersucht wurde.

Mikroskopischer Befund. Eine Übersicht über die Reihenschnitte zeigt bei schwacher Vergrößerung, daß die Veränderung an der Subkutisgrenze beginnt und bis ins subkutane Fettgewebe hineinreicht. Dabei fällt auf, daß in der Tiefe der Prozeß viel erheblicher und weiter fortgeschritten ist wie nach der Oberfläche zu. Während hier die Schweißdrüsenlumina noch gut erkennbar sind, finden sie sich gegen die Subkutis und das subkutane Fettgewebe hin zellig infiltriert. Die Struktur ist geschwunden; ein dicker Kokkenhaufen gibt hier die Mitte des Herdes an.

Der eigentliche Abszeß selbst wird links und rechts von je einer Haarwurzel eingefaßt, an denen im übrigen eine Veränderung nicht erkennbar ist. Die Wandung reicht nach links mehr als nach rechts über diese Haaranlagen hinaus, bis sie beiderseits vor einem im großen ganzen wenig veränderten Schweißdrüsenkäppchen halt macht. Zur Mitte des Herdes hin kann man bei mittlerer Vergrößerung noch einzelne mehr oder weniger weit zerstörte Schweißdrüsentubuli erkennen, die nahezu kreisförmig die eigentliche Mitte des Abszesses umgeben.

Digitized by Google

Bei stärkster Vergrößerung findet man hier in der Mitte ein aus Leukozyten, Zelldetritus und fädigem Exsudat bestehendes Gewebe, welch letzteres jedoch keine Fibrinreaktion gibt. Die elastischen und kollagenen Fasern sind in ihm nahezu völlig geschwunden. Nur noch spärliche Reste lassen sich hier und da zwischen den Zelltrümmern als kurze, manchmal leicht gewundene bröcklige Gebilde feststellen. Kokken sind in dieser Zone nicht sichtbar, dagegen finden sie sich in der mittleren, von den noch gut erkennbaren Schweißdrüsen gebildeten Zone in reichlicher Zahl und in einer Lagerung, die für die Pathogenese der Veränderung von Bedeutung sein dürfte. In dem einen der Schweißdrüsenquerschnitte finden sich nämlich die Kokken im Lumen angehäuft, und zwar näher der einen Seite der Wand. Hier sind die Epithelien von der Wand abgelöst, zum Teil nur noch ganz schwach gefärbt. In einem anderen mehr länglich gewundenen Schweißdrüsenquerschnitt finden sich die Kokken ebenfalls im Lumen. Während an dem erstgeschilderten Querschnitt eine Entscheidung über den Weg, welchen die Kokken eingeschlagen, ehe sie in sein Inneres gelangten, nicht zu treffen war, ist dies hier sehr leicht (s. Abb. 2). Die Kokken nehmen hier vornehmlich den mittleren Teil der Schweißdrüse ein. Dabei erscheint das sezernierende Epithel an den meisten Stellen der Wand noch nicht wesentlich geschädigt. Nur an einer Stelle ist es völlig zerstört. Und hier findet man bei Betrachtung mit Ölimmersion sehr gut sichtbar die Kokken in Form eines schmalen Stranges aus dem Lumen austretend. Die Annahme, hier tatsächlich ein primäres Haften der Kokken im Schweißdrüsenlumen mit sekundärem Durchbruch in die Umgebung vor uns zu haben, was uns in Anbetracht der Untersuchung anderer Autoren zunächst sehr wahrscheinlich schien, mußte jedoch fallen gelassen werden. Es stellte sich nämlich heraus, daß die Kokken einmal in der Umgebung dieses Schweißdrüsenquerschnittes sehr viel reichlicher vorhanden waren, als in dessen Hohlraum. Dann aber — und das scheint mir für die Pathogenese des Prozesses von Bedeutung — fanden sie sich auch in einer Schleife mit langem zuführendem und kurzem abführendem Schenkel, halbkreisförmig um die Schweißdrüse gelagert, und zwar außerhalb der Membrana propria. Die Annahme, daß sie aus dem Lumen durch das Epithel hindurch gewuchert und dann durch die Muskularis und Membrana propria nach außen durchgebrochen wären, ließ sich nicht aufrecht erhalten, da das Epithel und vor allem die Membrana propria verhältnismäßig noch gut darstellbar waren. Der Weg der Kokken läßt sich vielmehr auf einer Reihe von Schnitten und von mehreren in verschiedenstem Grade bereits geschädigten Drüsenquerschnitten zur Subkutis hin verfolgen. Hier fand sich dann an der Grenze des subkutanen Fettgewebes eine plumpe, längliche, mit Kokken gefüllte ∽-förmige Schleife, von der es nun zu entscheiden galt, ob sie ihre eigenartige Form der Entwicklung in einem Blut- oder Lymphgefäß verdanke. Aus dem diesen Kokkenpfropf umgebenden Gewebe ließ sich das nicht mehr feststellen; denn hier war naturgemäß die eigentliche Gewebsstruktur verloren gegangen und es fand sich lediglich ein Haufen von Zelltrümmern, in dem Reste von Leukozyten überwogen. Einen Anhalt für die Natur des Gefäßsystems in welchem sich die Kokken ausgebreitet hatten, bot indes eine andere Schweißdrüsenschleife in der Umgebung. Man fand nämlich die Schleife selbst nur mit relativ wenig Leukozyten und einzelnen Kokken gefüllt, die wandständig an der einen Seite lagen. Hier war das Epithel zerstört, und vereinzelte Kokkenhaufen zeigten den Weg zu einer außerhalb der Schweißdrüsen gelegenen diese eben berührenden Kokkenschleife. Das diese umgebende Gewebe war zwar an dieser Stelle auch nicht mehr genau zu erkennen, dagegen ließ sich im Verfolg einer Reihe aufeinanderfolgender Schnitte doch feststellen, daß es sich um das inmitten eines Bindegewebsstreifens gelegene Lumen eines Lymphgefäßes handelte. Innerhalb eines aus langen schmalen Endothelien aufgebauten Hohlraums ließen sich zahlreiche Leukozyten und daneben vereinzelte Kokken, aber keine roten Blutkörperchen nachweisen.

Die Annahme, daß auch die umgekehrte Vorstellung berechtigt wäre, daß also von der Schweißdrüse aus das Lymphgefäßnetz infiziert worden wäre, ist schon deshalb wenig wahrscheinlich, weil dann ja an einer Schweißdrüsenschleife — von der die primäre Infektion haftete — die entzündlichen Einschmelzungserscheinungen am weitesten vorgeschritten sein müßten. Wir sahen ja aber im Gegenteil, daß alle Schleifen annähernd gleichartig verändert waren.

Zusammenfassend war in diesem Falle die Entwicklung also die gewesen, daß von einem an der Grenze der Kutis zur Subkutis gelegenen primären Herde aus ein Vorrücken der Kokken auf dem Lymphwege

Digitized by Google

an die einzelnen Schleifen eines Schweißdrüsenläppchens erfolgte, von wo sie dann stellenweise durch die Wandung in das Innere durchgebrochen waren.

Macht man sich auf Grund dieser beiden Fälle den Weg klar, den die Veränderung gegangen ist, so kann man aus der histologischen Untersuchung zum mindesten 3 Stadien herauslesen. Im ersten und frühesten sind die Schweißdrüsen selbst noch unbeteiligt, die Kokken und Leukozyten finden sich nur im interstitiellen Gewebe, und zwar die ersteren zunächst noch in den Lymphbahnen. Ist der Prozeß weiter vorgeschritten, so kommt es zu einer eitrigen Einschmelzung der bindegewebigen Septen, die wuchernden Kokkenhaufen kommen dadurch in unmittelbare Nachbarschaft der Drüsenschleifen und brechen dann in diese ein. Innerhalb der Drüsenschleifen vermögen sie dann weiter zu wuchern und führen schließlich zu einer völligen Einschmelzung des Läppchens, von dem nur noch einzelne schmale aber widerstandsfähigere Bindegewebsfasern übrig bleiben.

Diese Feststellung steht im Gegensatz zu den bisher über die Pathogenese der Achselhöhlenabszesse mitgeteilten Ansichten. Ihre Entstehung wurde nämlich einmal auf eine primäre Infektion der Haarbälge, zum anderen auf eine solche der Schweißdrüsenausführungsgänge zurückgeführt. Die Krankheitserreger sollten bei beiden Formen von außen, vom Follikel bzw. der Öffnung des Schweißdrüsenausführungsganges eindringen. Der ersteren Ansicht ist eine histologische Begründung nie zuteil geworden; sie baut sich lediglich auf rein klinischen Schlußfolgerungen auf und kann daher — zumal sich auch in meinen Fällen irgend ein Anhaltspunkt für nur die geringste primäre Beteiligung der Haarfollikel nicht vorgefunden hat — wohl nunmehr endgültig als nichtzutreffend abgelehnt werden.

Anders steht es mit der zweiten der oben angedeuteten Möglichkeiten. Schon Verneuil, dem wir wohl nach Velpeau die erste und vor allem die ausführlichste — allerdings nur klinische — Darstellung der Erkrankung verdanken, sprach sie als Infektion und Abszeßbildung der Schweißdrüsen an. Ich darf es mir versagen, des weiteren auf die anderen bereits veröffentlichten Untersuchungsbefunde einzugehen, zumal diese von Török (Handb. d. Hautkr., 1901, Bd. 1) und neuerdings von Fehrmann (A. f. Derm., 1920, 127) ausführlich mitgeteilt worden sind. Ich will vielmehr nur auf die Angaben eingehen, welche zur Stellungnahme unbedingt notwendig sind, bzw. von jenen beiden Schriftstellern nicht angeführt wurden.

Török fand bei den von ihm untersuchten Fällen (es handelte sich um fünf linsen- bis bohnengroße Herde) nichts, was auf ein Eindringen der eitererregenden Mikroorganismen auf dem Wege des Schweißes hinwies. Er fand zwar in der Nachbarschaft des Eiterherdes und in der Infiltrationszone am Rande des erweichten Herdes Schweißdrüsen. Deren Epithel war jedoch normal, und zwar selbst dann, wenn die Drüsenknäuel von einem entzündlichen Infiltrat umgeben waren. Dieser Befund entspricht bezüglich des Verhaltens der Schweißdrüsenepithelien völlig dem, was ich in den einzelnen Fällen feststellen konnte. In einem noch jüngeren Falle (kleinerbsengroßer Herd) fanden sich zwei von einem

Digitized by Google

nicht allzudichten Rundzelleninfiltrat umgebene Schweißdrüsenknäuel, die im übrigen ebenfalls ganz normal aussahen. Török betont ausdrücklich, daß nach seiner Auffassung der pathologische Prozeß zwar in der Hautschicht sitzt, die die Schweißdrüsen birgt, daß er aber von Anfang an nicht an die Schweißdrüsen gebunden sei. Kurz nach Török hat dann Talke (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1903, 38) seine in der dermatologischen Zeitschriftenfolge bisher völlig unbeachtet gebliebenen Untersuchungen veröffentlicht. Er fand, daß sich die Entzündungen im Bereich der durch eine straffe Kapsel scharf gegen die Umgebung abgegrenzten einzelnen Schweißdrüsenpakete abspielten. Die Leukozyteninfiltration verbreiterte das normalerweise nur spärlich vorhandene Zwischengewebe um ein vielfaches. Das Epithel der Schweißdrüsen war überall massenhaft von Leukozyten durchsetzt und auch sonst verändert. Auch Talke weist auf die primäre Beteiligung der Bindegewebssepten hin. Neuerdings hat dann schließlich auf Veranlassung Lewandowskys auch Fehrmann zu dieser Frage auf Grund eines untersuchten Falles Stellung genommen. Er erhielt das Material von einem seit 10 Tagen an typischem Achselhöhlenabszeß erkrankten 73jähr. Manne und war gezwungen, mit Rücksicht auf die weit fortgeschrittene eitrige Einschmelzung seine Untersuchung an den Randabschnitten des ausgedehnten Abszesses vorzunehmen, in der Hoffnung, hier einen Anhaltspunkt für das primäre Haften der Kokken zu erhalten. Fehrmann fand hier neben anderen, von den meinen nicht wesentlich abweichenden Befunden, „in einem Falle Staphylokokken auch im Inneren der zystisch dilatierten, mit Leukozyten infiltrierten Drüsenknäuel" und schließt aus diesem Befunde auf das Vorkommen einer „Hidradenitis suppurativa". Dieser Schluß erscheint insoweit nicht restlos zwingend, als in einem so lange bestehenden Falle (10 Tage) der Nachweis des primären Eindringens der Kokken kaum zu führen sein dürfte [1]). Eine Einsichtnahme in die Fehrmannschen Präparate, für deren freundliche Übersendung ich ihm auch an dieser Stelle bestens danken möchte, konnten meine diesbezüglichen Zweifel nicht beheben. Die Kokken finden sich dort zwar in Resten von Drüsenknäueln im Zentrum der Abszesse, jedoch auch weit in der entzündeten Umgebung derselben. Mir schien damals an diesem weitgehend eingeschmolzenen Gewebe eine Entscheidung nicht möglich, ob die Kokken primär in den Schweißdrüsen sich ansiedelten oder ob sie erst in diese hineingewandert sind, nachdem sie sich primär an anderen Stellen angesiedelt hatten. Das völlige Fernbleiben der Haarfollikel konnte ich allerdings auch in Fehrmanns Fall bestätigen. — Die Tatsache jedoch, daß an irgend einer Stelle sich Kokken in einem Schweißdrüsentubulus finden, kann m. E. noch lange nicht beweisen, daß die Erkrankung auch primär von hier ausgegangen ist. Zum Beweis dieser Annahme wäre erforderlich, einmal das Verfolgen der Kokken auf ihrem Wege durch die Knäuel in die Tiefe. Es wäre weiterhin zu fragen, warum sie im Gegensatz zu ihren sonstigen Gepflogenheiten (Abszesse des Neugeborenen)

[1]) Ich habe seiner Zeit Lewandowsky diese Bedenken schriftlich geäußert. Wir stimmten beide darin überein, daß die Erkrankung exogen entstehe — unter Ausschluß der Haarbeteiligung.

Digitized by Google

erst hier unten eine Gegenwehr des Gewebes auslösen. Ferner wäre auszuschließen, daß nicht an irgend einer Stelle ein Einbruch aus dem interstitiellen Gewebe (vielleicht von den Lymph- und Blutgefäßen ausgehend) sekundär in die Schweißdrüsenknäuel stattgefunden hätte. Wir hätten uns die Dinge dann so vorzustellen, daß zunächst nach der Ansiedlung der Kokken in den Lymph- oder Blutgefäßen eine Einschmelzung des Bindegewebes, dann ein Weiterwuchern an die Knäueldrüsen und schließlich der Einbruch in diese erfolgt, ein Befund, der durch meine Beobachtungen immerhin sehr große Wahrscheinlichkeit für sich hat. Dazu kommt die Tatsache, daß sich in der Umgebung des Abszesses Knäueldrüsen mit reichlichem Leukozytengehalt finden (zum Teil durch die Wandung einwandernd), ohne daß an dem Epithel die geringste Veränderung sichtbar ist, ein Befund, der nicht für einen primären intratabulären Sitz der Kokken zu sprechen scheint.

Welche Entstehungsweisen sind denn — nachdem Haarbalg und Schweißdrüsen als Einfallspforte in Wegfall kommen — noch möglich? Es kann sich dann nur noch handeln um entweder von außen durch die übrige Haut unmittelbar in der Achselgegend eindringende oder von innen auf dem Blut- oder Lymphwege herangeführte Eitererreger. Für die erste Annahme hat sich nie ein Anhaltspunkt gezeigt. In letzterem Falle hätten wir den primären Eintritt der Kokken in den Körper in einer anderen, wohl häufig kaum feststellbaren Läsion der Umgebung bzw. an dem entsprechenden Gliede zu suchen.

Hämatogen entstandene Achselhöhlenabszesse sind ja schon bekannt. Ich selbst verfüge über einen derartigen Fall, der im großen ganzen dieselben Verhältnisse zeigt, wie sie seiner Zeit von Finger beobachtet wurden. Für die große Mehrzahl der von mir untersuchten 12 Fälle trifft das aber nicht zu, sondern es bleibt unter Berücksichtigung der oben angeführten histologischen Untersuchungsergebnisse nur noch die Lymphbahn als Einschleppungsweg übrig. Diese Annahme ist auch jüngstens chirurgischerseits von Rost (Kl. W., 1922, Bd. 1, Nr. 46) — der seine Präparate mit mir besprach — allerdings ohne direkten Nachweis der Erreger vertreten worden.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Bericht von W. Pospelow.

Sitzung am 11. Juni 1922.

Bogdanow demonstriert einen drei Monate alten Säugling mit **Paronychia syphilitica**, Spina ventosa, Venae dystrophicae capitis, Hernia umbilicalis.

Mestscherssky weist darauf hin, daß die Mutter seit zwei Jahren krank ist und dreimal eine spezifische Kur durchgemacht hat.

Bogrow und Pawlow entsinnen sich, Fälle von angeborener Syphilis bei Kindern von erfolgreich behandelten Müttern gesehen zu haben.

Grintschar demonstriert einen 73jähr. Juden mit **Acrosarcoma haemorrhagicum**, bei dem hauptsächlich Füße und Hände betroffen sind, krank seit fünf Jahren. Die mikroskopische Untersuchung des unter der normalen Haut kaum merklichen Infiltrats zeigt das Bild eines entzündlichen Granuloms. Besserung durch Arsen.

Digitized by Google

Jordan: Fall von **Pityriasis rubra pilaris** bei einer 30jähr. Kranken, seit vier Jahren; Dämpfung oberhalb der rechten Lungenspitze. Pirquet schwachpositiv; Leisten und Halsdrüsen vergrößert. An der Schleimhaut drei Knötchen, die der Vortragende mit derselben Krankheit in Verbindung bringt. Mikroskopisch Ähnlichkeit mit Psoriasis. Besserung nach 40 Arseninjektionen.

Mestschersky weist auf den Konnex mit Tuberkulose hin. Von Thyreoidin beobachtet man zuweilen bedeutende Besserung, die sich durch Steigerung des Stoffwechsels erklärt.

Bogrow, Iwanow und Pawlow zweifeln, daß die Knötchen an der Schleimhaut in Verbindund mit der vorliegenden Krankheit stehen.

Wewiorowsky beobachtete therapeutischen Erfolg von Sol. Fowleri und Salvarsaninjektionen.

Silbermann: Fall von **Dermatitis mit Neosalvarsan 0,6,** wobei starke Verdickung der Nagelplatte beobachtet wurde. Keratose an den Handflächen, Fußsohlen und der Glutealgegend. Am Kopf dauert die Abschilferung fort.

Dobrow: 1. Fall von **Pityriasis lichenoides chronica;** 2. Fall von **Psoriasis vulgaris mit Ichthyosis nitida.**

Smelow: Fall von **Keratosis follicularis in cutem penetrans** bei einem 22jähr. Manne, seit 1918; zeitweise verschwindet sie. Vor einem Jahre brach sie wieder aus und ist nicht wieder verschwunden. Auf der Haut der Flexions- und Extensionsflächen des Ober- und Vorderarms, auf den Außenflächen der Hände und Grundphalangen der Finger, zum Teil in den Follikeln hornige Knötchen von Stecknadelkopf- bis Linsengröße, von bläulichroter Farbe, ebenso an den Füßen. Unter dem Mikroskop deutliche Keratose; hornige Kegel, die bis zur Papillenschicht reichen, zur Vergrößerung des Malpighischen Netzes und degenerativen Erscheinungen im Str. spinosum führen. Infiltrat in den oberen Teilen des Korium, Erweiterung der Schweißdrüsen.

Hempel: Fall von **psorisiformer Syphilis.**

Finkelstein: Fall von **atypischem Verlauf einer experimentellen Syphilis bei einem Kaninchen,** dem in den Hoden eine Emulsion von Ulcus durum injiziert wurde; nach einer Woche hatte sich an dieser Stelle auf fester Grundlage ein mit schmutziger Borke bedecktes Geschwür gebildet, Spirochaeta pallida +. Nach einer weiteren Woche Resorption, eine Woche später ein neues Ulcus durum. In der fünften Woche neben dem typischen Ulcus durum ein zweites sekundäres. Der erste „Pseudoschanker" dürfte als die Folge einer spezifischen lokalen Reizung des Gewebes betrachtet werden, auf welches ein typisches und ein sekundäres Ulcus durum folgte. Der Vortragende erklärt den atypischen Verlauf aus der besonderen Individualität des Kaninchens, das an Kókzidiose litt, so daß ein für die Entwicklung von Syphilis günstiger Boden bestand.

Kedrow macht eine vorläufige Mitteilung über die Wirkung des **russischen Silberarsolans,** welcher in 23 Fällen von Syphilis I, II und III in der Klinik für Hautkrankheiten der 3. Universität angewandt worden ist. Die Temperaturreaktion tritt öfter ein als bei „914", wie dies beim deutschen Präparat der Fall ist. Die therapeutische Wirkung ist keine geringere als die von „914" in allen Stadien von Syphilis.

Bogrow interessiert, wie das Präparat auf Rekurrens wirkt.

Kedrow: Nach zwei Einspritzungen erfolgte ein gewöhnlicher Anfall von Typhus.

Sitzung am 1. Oktober 1922.

Woronow: Fall von **fixem Salvarsanerythem.**

Jordan weist auf die starke Toxizität der letzten Neosalvarsanserien hin.

Mestschersky fragt nach der Dauer der Flecken, worauf der Vortragende antwortet, daß sie zwei Tage währen, dann im Laufe von anderthalb Wochen blasser werden, die Pigmentation aber gegen drei Wochen fortdauert.

Tschernogubow fügt hinzu, daß er bei diesem Kranken durch Jod eine Dermatitis hervorgerufen hatte, daß aber eine Exazerbation an diesen Stellen nach der Injektion nicht erfolgte.

Bogrow meint, daß solche Fälle häufiger werden, seitdem man im Auslande begonnen hat, die Dosis zu verstärken.

Ustinowsky hat einen ähnlichen Ausschlag nach Anwendung von Novoarsol an den von Pityriasis versicolor befallenen Stellen gesehen.

Iwanow: Es wäre interessant, zu beobachten, ob diese wiederholten Ausschläge sich schließlich nicht etwa in Hyperkeratosen verwandeln.

Digitized by Google

Menschikow spricht über die Röntgenbehandlung des mit **Akrosarkom** behafteten Kranken Grintschars (Sitzung vom 11. Juni); die Knötchen waren flacher geworden.

Grintschar zeigt Abbildungen der mikroskopischen Präparate dieses Falles.

Bogdanow: Fall von **Superinfektion bei einem 16jähr. Kranken mit angeborener Syphilis** (Rhinitis gummosa). Intradermal in Schulter und Vorderarm Serum aus den nässenden, bewegliche Spirochäten enthaltenden Papeln injiziert. Nach zehn Tagen gewahrte man Pusteln, nach 20 Tagen an ihrer Stelle Ulzera und nach zwei Monaten zwei Rupien 2—3 cm im Durchmesser. Die nachfolgende Jod-Salvarsanbehandlung („914" — 1,4) führte zur Vernarbung sowohl in der Nase als auch der Rupien. Eine fünf Tage nach Beendigung der Kur analoge Vakzination ergab ein negatives Resultat. WR sowohl vor als nach der Behandlung —.

Grintschar: Fall von **Lepra** bei einem 78jähr. Greise, aus dem Moskauer Gouvernement gebürtig. An den Extremitäten erythematöse Flecken; am Gesicht Tubera, die auch auf den behaarten Kopf übergehen. Parese der Handmuskeln. Kinder und Enkel gesund. Bazillen nicht gefunden; die Knoten wurden nicht untersucht.

Igewsky: Fall von **Epidermolysis bullosa hered.** bei einem 7jähr. Mädchen. Dasselbe bei der Mutter. Es wird auf die Blutsverwandtschaft der Eltern hingewiesen. Erkrankung seit der dritten Lebenswoche. Bläschen waren auch auf der Zunge. Die Haut, besonders an den Extremitäten, atrophiert. Alle Drüsen vergrößert. Dystrophie der Nägel. Eosinophilie.

Bobowitsch: Fall von **Pseudoleukaemia cutis** bei einer 52jähr. Kranken. Nesselähnliche Elemente an den Extremitäten; Jucken der Haut. Lymphdrüsen vergrößert, bis zum Volumen eines Hühnereies. In der Bauchhöhle eine Geschwulst. Abdomen vergrößert, eine gewisse Quantität Flüssigkeit. Bei der Untersuchung per vaginam eine höckerige Geschwulst. Blut: Leukozyten: 14000—16000 und 10000; überwiegende Anzahl der Lymphozyten im Vergleich zu den Neutrophilen, 13% Eosinophile. Arsenbehandlung. Das Jucken dauert fort. Von Zeit zu Zeit neue Quaddeln; deren Biopsie zeigt: Ödem der Papillenschicht, Lymphozyten und eosinophile Zellen um die Gefäße herum. Nach 15 Injektionen nahmen die Geschwülste ab.

Losanow-Astrachan: Über **Nachweis von beweglichen blassen Spirochäten in Ausstrichen**, sogar noch nach 49 Tagen. Der Vortragende führt den Beweis, daß es nicht passive, sondern aktive Bewegungen der Spirochäten waren.

Diskussion: Mestschersky, Bogrow, Wewiorowsky, Bogdanow, Finkelstein, Retschmensky, Wolfson, Tschernogubow und Ussow, wobei alle die Bedeutung dieser Entdeckung anerkannten, aber darauf hinwiesen, daß es durch Kultur und Vakzination noch des Beweises bedarf, daß diese beweglichen Spirochäten ihre Virulenz bewahrt haben.

Sitzung am 5. November 1922.

Bobowitsch demonstriert 1. ein kleines Mädchen mit **Lichen trichophyticus**; 2. eine Frau mit weitverbreiteter **Syphilis cutanea papulo-tuberculosa** am Rumpf.

Pospelow: Fall von **Mycosis fungoides** bei einem 37jähr. Manne; er erkrankte vor zehn Jahren (drei Monate vor seiner Erkrankung an Syphilis). Die antisyphilitische Behandlung sowohl als der durchgemachte Typhus exanthematicus übten auf den Ausschlag keinen Einfluß aus. Gegenwärtig sieht man zarte erythematöse Flecken an den oberen Extremitäten, Flecken und Schwellungen (seit Anfang 1922) am Abdomen und an der Brust, wobei einige dieser letzteren vor kurzem erodiert, eiternd und hämorrhagisch waren; in Verbindung damit auch die Leistendrüsen angeschwollen und schmerzhaft. Spuren überstandener Pleuritis; malarische Milz. Blut: Hb 80% nach Sahli, Erythrozyten 4800000, Leukozyten 14000; Neutrophile 71%, Lymphozyten 18,5%; Mononukleäre 2,5%; Übergangszellen 5,5%, Eosinophile 2,5%. WR —. Die Syphilis wurde nicht mit Salvarsaninjektionen, sondern bloß mit Quecksilber behandelt. In letzter Zeit starkes Jucken des Ausschlags.

Grintschar hält es für wünschenswert, Versuche mit spezifischem Antigen anzustellen.

Iwanow weist darauf hin, daß neben typischen Schwellungen der Haut auch primäre erythematöse Flecken vorhanden sind, auf Grund deren, wenn erstere fehlen würden, es sehr schwer wäre, die Diagnose zu stellen.

Wewiorowsky zeigt eine 34jähr. Kranke, die seit Juli vorigen Jahres in Beobachtung steht. Sie erkrankte im August 1921; die Krankheit nahm ihren Anfang mit einem Knötchen an der Fußsohle. Bei Aufnahme an den Mundwinkeln und der Nasen-

Digitized by Google

schleimhaut vegetierende maulbeerähnliche Knoten und ebensolche an den Genitalien und Circa anum, die an Bromoderma erinnerten. Das primäre Element der Knoten ist eine Pustel. Auch die Nägel erkrankt. Pirquet und WR —, Eosinophile 6%. Bakteriologische Untersuchung negativ.

Denjanowitsch fand im Serum von Knoten an den Genitalien Spirochäten, die morphologisch der Spiroch. pallida ähnlich waren. Impfung eines Kaninchens bislang resultatlos. Mikroskopisch: atypische Wucherung des Epithels, in dessen intrazellulären Räumen polymorphkernige Leukozyten, in den basalen Pigmentablagerung. Stellenweise im Epithel Hohlräume mit fibrinös-eitrigem Inhalt; Eosinophilie. Das Infiltrat befindet sich hauptsächlich in der Papillenschicht; zahlreiche Plasmazellen. Viele Zellen mit pyknotischen Kernen. Gefäße normal. Behandlung mit Kompressen von Kal. permang., Einpinselung von Jod, KJ innerlich; Einspritzung von Novarsol und Lugollösung resultatlos. Die Diagnose bleibt unaufgeklärt; in Frage kommt Syphilis, Framboesia tropica, oder eine mykotische Erkrankung.

Tschernogubow demonstriert zwei Kranke mit **mykotischer Erkrankung der Nägel und der Haut.**

Im Institut Metschnikoff wurde Trichophyton violaceum gezüchtet.

Mestschersky: Fall von **Syringomyelie** und **gangränöser Dermatitis** bei einem 27jähr. Tischler.

Menschikow: Fall von **Lupus vulgaris faciei,** mit **Röntgenstrahlen behandelt.**

Bogrow wünscht, daß die vorhandenen Teleangiektasien mit CO_2 behandelt würden.

Bortnjajeff: Fall von **Lepra nervosa cutanea** bei einem 12jähr. Knaben aus der Stadt Krasnodar.

Mestschersky spricht über die heutige Behandlungsweise des Aussatzes in Amerika, wo es jetzt keine Leprosorien, wohl aber Krankenhäuser für solche Kranke gibt.

Hempel: **Epithelioma cysticum cutis** bei einem Manne in der linken Achselhöhle.

Kedrow demonstriert zwei Frauen mit **Syphilis tuberculosa.**

Jordan zeigt Abbildungen von Präparaten von einem Fall von **Pityriasis rubra pilaris an der Schleimhaut.**

Smelow: Mikroskopische Präparate von **Psoriasis vulgaris mucosae oris.**

Auf Anlaß dieses Falles teilt Jordan mit, daß bei seinem Kranken beim Rezidiv der Psoriasis auf der Schleimhaut des Mundes wiederum sich weiße Streifen zeigten, was neben der mikroskopischen Untersuchung die Richtigkeit der Diagnose beweist.

Finkelstein: Über die von ihm mittels der **Antiforminmethode erhaltenen Kulturen der Haarpilze,**

In den Diskussionen wird von Bogrow und Tschernogubow dargetan, daß diese Methode keine besonderen Vorzüge besitzt.

Sitzung am 3. Dezember 1922.

Bogrow: 1. Fall von **Xeroderma pigmentosum** bei einem 12jähr. jüdischen Knaben. Erkrankte im Alter von zwei Jahren, mit Pes varus geboren. Blutsverwandtschaft. Vor fünf Jahren Erysipel. Während eines halben Jahres entstanden zwei Hauthörner, die von selbst abfielen. In den letzten Jahren weiche Geschwülste und warzige Vegetationen, welche Narben hinterlassen.

2. Fall von **Melanokeratosis follicularis.** Pat., Jude, erkrankte vor $1^1/_2$ Jahren. Am behaarten Kopf in der linken Temporalgegend, an der Stirn in der Gegend des linken Tuber frontale und in der Sakralgegend Partien der Haut von brauner Farbe, infolge von hervorragenden feinen, körnigen Dornen rauh anzufühlen. Histologisch erweiterte Mündungen der Follikel mit Hornpfröpfen und reichlicher Pigmentablagerung in der Basalschicht und in den um die Follikel herum liegenden Infiltraten. WR und Pirquet —.

Pospelow demonstriert einen Knaben, der an einer Hand drei weißliche von einem Wall umgebene Ringe hatte; innerhalb der Ringe die Haut unverändert. Von der Basis des ersten zur Basis des zweiten Fingers geht ein stärker ausgesprochener Wall, innerhalb dessen die Haut etwas erythematös ist. Subjektive Empfindungen fehlen. Dauer neun Monate. Die Hornschicht erscheint durchweg als homogene Masse, Stratum granulosum, 2—4 Reihen, proliferiert stellenweise, indem es über das Niveau der Epidermis hervorragende Gruppen bildet. Stellenweise sieht man Auswüchse des Epithels mit Höhlungen. Rundzellige Infiltrate und Granulationsfokusse aus runden epitheloiden und spindelförmigen Zellen längs der Gefäße, der Haarfollikel und der Schweißdrüsen, welche bis zum Fettbindegewebe reichen. Seitens der Struktur keine Hinweise auf

Digitized by Google

Syphilis oder Tuberkulose. Klinisch erinnert die Erkrankung an Granuloma anulare; das histologische Bild aber entspricht ihm nicht. In den letzten Tagen haben sich die Ringe ohne jegliche Kur stark abgeplattet.

Mestschersky vermutet Lichen nitidus, während

Bogrow für Granuloma anulare stimmt.

Iwanow sagt aus, daß die Pathologie von Granuloma anulare noch nicht festgelegt sei.

Feldmann: Fall von **ulzerösem Syphilid** der Handfläche bei einem Mädchen. Bogrow weist auf die Seltenheit einer solchen Lokalisation des Leidens hin.

Krupnikow: 28jähr. Kranker leidet seit sechs Jahren an **Pityriasis lichenoides**, der am Gesicht und an den Genitalien konfluiert. Auch die Schleimhäute angegriffen. An Händen und Fußen Hornauflagerungen. Ähnlichkeit mit Lichen planus.

Bogdonow: Fall von **Superinfektion bei Syphilis congenita** bei einem 11jähr. mit Periostitis nasi und Hydarthros genuum behafteten Knaben. Intradermale Einführung von Reizserum an der Schulter. Nach 13 Tagen Infiltrate, nach weiteren zehn Tagen Fluktuoren im Zentrum, darauf trichterförmige Geschwüre. Unter fünf Versuchen an Tertiärsyphilitischen wurden in drei Fällen solche Erscheinungen erhalten, daß Heilung mit durch Vernarbung erfolgt war; in zwei Fällen papulöse Erscheinungen, was der bisherigen Lehre widerspricht.

Kowalski: Fall von **Syphilis cutanea papulo-pustulosa** bei einem seborrhoischen Individuum.

Anderson: Fall von **Gummen an der Stirn** bei einem 55jähr. Bauern, der niemals eine Kur durchgemacht hatte. WR +. Röntgen: Usur der Stirnknochen.

Retschmenski: **Über die SGR.**

Sutejew: Über **Behandlung der Krätze** nach Rossini. Friktion mit Hyposulfitlösung mit nachherigem Abwaschen der Haut mit 5% HCl in 280 Fällen angewandt.

Kedrow: **Neue Serien von „Novarsolan".**

Saweljew: **Behandlung der Furunkulose mit Autovakzine.** Erfolgreiche Wirkung. Behandlung in 200 Fällen, einige über sechs Jahre in Beobachtung. Der Vortragende leitet die Aufmerksamkeit auf die histogene Immunität hin. Auf Akne übt das Vakzinieren keinen Einfluß aus.

Bogrow wendet schon seit langem polyvalente Vakzine an. Er meint, daß die Autovakzine oft wenig wirksam sei.

Sutejew und Hempel machen verschiedene Einwürfe.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

November 1922, Bd. 37, H. 3.

Zur Ätiologie der Boeckschen Erkrankung, von A. Ruete-Marburg. S. 129 Ruete konnte in einem Falle von typischem Boeckschen Sarkoid, ebenso wie Kyrle, im frühen Stadium der Erkrankung säurefeste Stäbchen nachweisen, die mit größter Wahrscheinlichkeit als Tuberkelbazillen anzusehen sind.

Lues und Salvarsan in ihrem ätiologischen Zusammenhang mit Bilirubinämie und Ikterus, von F. W. Kloeppel, Univ.-Hautkl. Tübingen. S. 137. Wir müssen uns von der Anschauung frei machen, daß das Salvarsan die Schuld trägt an allen Lebererkrankungen, die während einer Lueskur auftreten. Gegen ein Zustandekommen des Frühikterus, der akuten gelben Leberatrophie, des Spätikterus durch Salvarsan sprechen folgende Gründe: Spätikterus ist auch bei reiner Hg-Behandlung beobachtet worden. Injektionen und Auftreten des Ikterus fallen nicht zeitlich zusammen. Es besteht kein Zusammenhang zwischen der injizierten Salvarsanmenge und der Häufigkeit des Ikterus. Im Gegenteil, häufiger Ikterus nach ungenügenden Salvarsankuren.

Digitized by Google

Der Ikterus bleibt auch bei größten Dosen aus. Bei bestehendem Ikterus wird Salvarsan oft gut vertragen. Oft fällt der Ikterus mit Haut- und Neurorezidiven zusammen. Selbst nach experimentell gesetzter Leberinsuffizienz sah Verf. keinen Ikterus.

Über Epidermolysis bullosa hereditaria dystrophica, von E. Hachez, Hautkl. Essen. S. 153. Der mitgeteilte Fall ist eine Verbindung von Epidermolysis, Keratoma palmare dissipatum, Naevi anaemici und Hauttuberkulose. Die drei ersten Dermatosen zeigen die Gemeinsamkeit ihrer Ätiologie, die in der Verwirrung der Gene des Keimplasmas, im Sinne Mendowskys, liegen kann. Im weiteren Verlauf hat diese dann zu Dysfunktionen der Haut geführt, die trotz ihrer klinischen Verschiedenheiten nahe Beziehungen zueinander aufweisen.

Über Pseudoxanthoma elasticum, von Marie Kaufmann-Wolf und Adele Heinrichsdorff, Univ.-Hautkl. Berlin. S. 193. Krankengeschichte und histologische Befunde werden in extenso mitgeteilt. Pathologisch handelt es sich um eine Gewebsneubildung. Verff. halten das Pseudoxanthoma für eine kongenitale Gewebsmißbildung, für ein Blastom im Sinne Albrechts.

Über primäre multiple Hautkarzinose, von Julius K. Mayr, Univ.-Hautkl. München. S. 207. Bei einem 53jähr. Pat. sind während einer monatelangen Pyämie multiple, weiche, flache, rötlich schimmernde Herde aufgetreten, die den Pat. in keiner Weise irritieren. Die Herde bestehen seit 15 Jahren und haben fast keine Wachstumsneigung gezeigt. Sie sind klinisch als gutartig anzusprechen. Histologisch sind es typische Basalzellenkrebse. Röntgentherapie blieb ohne sichtbaren Einfluß. Verf. reiht den vorliegenden Fall unter die Nävi ein.

Die praktische Brauchbarkeit und theoretische Bedeutung der Dold-Reaktion (Trübungs-, Flockungsreaktion), von Egon Keining und Margarete Werner, Univ.-Hautkl. Marburg. S. 211. Die Dold-Reaktion besitzt wegen des Vorteils der vereinfachten Technik und vor allem wegen der Möglichkeit einer Frisch- und einer Spätablesung, unbestreitbare Vorteile gegenüber den bisherigen Flockungsreaktionen. Sie ist eine spezifische Reaktion.

Berichtigung zur Arbeit: Beiträge zur Klinik und Bakteriologie des Ulcus phagedaenicum von Friedrich Fischel und Leopold Kirchner, von A. Buschke. S. 221.

E. Meyerhoff-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Über Alt- und Neosilbersalvarsan, von Hübner und Marr-Elberfeld. (D. m. W., 1922. Nr. 19, S. 624—625.) Nach der Behandlung mit Altsilbersalvarsan kombiniert mit Hg wurden 84% mit Neosilbersalvarsan hyperideal 72% und mit Neosilbersalvarsan 52% seronegativ am Ende der Kur. Beim Vergleich der Erfolge nach Neosalvarsan- und Silbersalvarsanbehandlung tritt der stärkere Einfluß des Silbersalvarsans hervor.

F. Harry-Berlin.

Über die Behandlung der Syphilis mit Neosilbersalvarsan und andere Probleme der Salvarsanbehandlung, von Fabry und Wolff. (Med. Kl., 1922, Nr. 4. S. 106—107.) Bericht über 100 Fälle aller Luesstadien mit reinen Neosilbersalvarsankuren. Am besten wurden die Schleimhauterscheinungen der sekundären Lues beeinflußt. In allen Fällen gelang es, eine negative Seroreaktion zu erzielen. Man muß endlich zu einer Klärung der Frage zu gelangen suchen, ob nicht eine reine Salvarsanbehandlung ohne Quecksilber auch zum Ziele führt. Das Überstehen der Salvarsandermatitis führt zur Ausheilung der Syphilis. Den Salvarsanikterus fassen Verff. fast immer als ein Monorezidiv auf.

G. Heymann-Elbing.

Erfahrungen mit Neosilbersalvarsan, von F. Zimmern-Hamburg. (M. m. W., 1922, Nr. 2, S. 43.) 470 Fälle. (Syphilis I, II, latens und Tabes.) Das neue Neosilbersalvarsan ist so wirksam wie Silbersalvarsan; da man aber höhere Dosen geben kann, erzielt man noch bessere Resultate. Besonders günstig war die Wirkung auf die subjektiven Symptome der Rückenmarksdarre. Infolge der Eigenart des Moleküls zersetzt sich eine Lösung erst nach Stunden. Die Angioneurosen und Dermatitiden werden

Digitized by Google

seltener beobachtet; letztere scheinen auch leichter zu verlaufen. Es kann in der Mischspritze verabreicht werden. Frühere Nummern des Neosilbersalvarsans waren durch Nebenwirkungen belastet. A. v. Notthafft-München.

Salvarsanfragen, von Julius Citron. (Med. Kl., 1922, Nr. 15, S. 459—461.) Auffassung des Syphilisproblems vom Standpunkt des Internisten. Besprechung der Salvarsanschäden. Die Trennung der Lues in eine dermatologische und eine internistische verhindert den Dermatologen, die volle Bedeutung der viszeralen Lues zu erfassen und führt ihn zu einer einseitigen Orientierung; zugleich aber wird dem Internisten jede Möglichkeit geraubt, die heilbaren Anfangsstadien jener Lueslokalisationen zu studieren, die später 25% aller seiner Fälle ausmachen. G. Heymann-Elbing.

Zur Pathogenese der Salvarsanschädigungen (Zweite Mitteilung), von F. Jacobsohn und E. Sklarz. (Med. Kl., 1922, Nr. 18, S. 567.) Mitteilung weiterer Tierversuche an Kaninchen, welche die schon ausgesprochene Ansicht stützen, daß die Toxizität minimaler Salvarsandosen durch Kaliumvorbehandlung erhöht wird. Die gehäuft auftretenden Salvarsanschädigungen sind also zurückzuführen auf die summierende Wirkung der Kaliumionen und des Arsens infolge der Störung des Ionengleichgewichtes zwischen Kalzium und Kalium durch die kalziumarme und kaliumreiche, vegatabilische Ernährung der letzten 6 Jahre. G. Heymann-Elbing.

Häufung von Malariatodesfällen nach Salvarsaninjektionen, von Ernst Sklarz-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 28, S. 1415.) Verf. beschreibt ausführlich die Krankengeschichte von zwei Fällen, bei denen durch Salvarsaninjektion eine Malaria tropica provoziert wurde und beidemal zum Exitus führte. Auf die ausgeprägte Malignität solcher Fälle wird hingewiesen. Bei negativem Organbefund zeigen sich schwerste Krankheitsbilder. Auch in Deutschland gibt es Malariaherde und für die Übertragung in Betracht kommende Mücken. Die Malariafälle, insbesondere auch durch Salvarsan provoziert, häufen sich in letzter Zeit so, daß bei allen unklaren Krankheitsbildern unbedingt danach zu fahnden ist. E. Langer-Berlin.

Über die „akute gelbe Leberatrophie", von Gotthold Herxheimer-Wiesbaden. (Kl. W., 1922, Nr. 29, S. 1441.) Verf. gibt in dem Übersichtsreferat ein Bild der hauptsächlichsten Anschauungen über den Ablauf der akuten Leberatrophie und ihre verschiedenen ätiologischen Faktoren, desgleichen über die Leberveränderungen bei Phosphor-, Chloroform- und Schwammvergiftungen und ihre Unterschiede gegenüber der gewöhnlichen Leberatrophie. Während bei den ersteren erst ein degenerativer, dann nekrotisierender Prozeß sich abspielt, beginnt die Leberatrophie gleich mit Nekrose. Bei den Vergiftungen wird erst eine Teilfunktion, Bildung und Fixation von Glykogen, ausgeschaltet, ehe die Autolyse eintritt, während bei der Leberatrophie die Autolyse sofort erfolgt und damit neben anderem Funktionsausfall auch der Glykogenstoffwechsel gestört resp. aufgehoben wird. Auf die Bedeutung der Syphilis für die akute gelbe Leberatrophie wird hingewiesen, desgleichen auf die Rolle, die das Salvarsan dabei spielt. In einem großen Prozentsatz kommen die schädigenden Substanzen aus dem Darm. E. Langer-Berlin.

Zur Salvarsanfrage, von Karl Wagner-Graz. (W. kl. W., 1922, Nr. 31, S. 673.) Verf. bespricht die schädigende Wirkung des Salvarsans auf das Gefäßsystem und fordert eine Einschränkung in der therapeutischen Anwendung des Salvarsans, das nur bei ganz spezieller Indikation Verwendung finden soll. E. Langer-Berlin.

Der Einfluß des Salvarsans auf die Bilirubin-Reaktion im Blutserum bei Lueskranken, zugleich ein Beitrag zur Frage der Salvarsanschädigungen, von L. Strauss und W. Buerkmann-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1922, Nr. 28, S. 1407.) Verff. prüften den Einfluß der reinen Salvarsankur (Neosilbersalvarsan, Neosalvarsan und Salvarsannatrium) auf den Ablauf des Bilirubinspiegels im Blutserum mit dem Ergebnis: 1. Bei normalem Bilirubingehalt zu Beginn der Kur fanden sich bei wiederholten Messungen innerhalb der Kur am Ende normale Durchschnittswerte. 2. Bei Hyperbilirubinämie als Zeichen einer wahrscheinlich luetischen Leberaffektion vor der Behandlung fanden sich am Ende der Behandlung wieder normale Werte, ein Beweis für die günstige Beeinflussung durch die Kur. 3. Analog dem Vorkommen einer Urobilinausscheidung 6—8 Stunden nach der Salvarsaninjektion (Buschke) findet sich gleichzeitig eine erhebliche Erhöhung des Bilirubinspiegels nach Salvarsaninjektionen und Rückkehr zu normalen Werten innerhalb 36—48 Stunden. Verff. erklären diese Leberfunktionsstörungen so, daß die Leberzelle durch den Abbau des Arsens in einer Partialfunktion überlastet ist, so daß eine andere Funktion darunter leidet. Untersuchungen an Patienten mehrere Monate nach der Kur zeigten fast durchweg normale Werte, nur

Digitized by Google

bei drei war eine geringe Bilirubinspiegelerhöhung. Zum Nachweis des Bilirubins wurde die H. v. d. Bergsche Methode benutzt. E. Langer-Berlin.

Die heilenden und schädigenden Wirkungen des Salvarsans, von J. Jadassohn-Breslau (Kl. W., 1922, Nr. 24 und 25, S. 1193 und 1243.) Verf. gibt auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen eine ausführliche kritische Zusammenstellung der Luestherapie. Nach folgenden Gesichtspunkten ist die Arbeit eingeteilt: 1. Einfluß des Salvarsans auf die Spirochäten der verschiedenen Stadien, 2. Beeinflussung der Sero- und Liquor-Reaktionen durch die Behandlung, 3. Wirkung auf vorhandene Symptome der verschiedenen Stadien, 4. Wirkung im Sinne der Verhinderung weiterer Syphilissymptome, 5. Nebenwirkungen und Verhinderung der Schädigungen. Wenn hier auch nicht ausführlicher auf die einzelnen Kapitel eingegangen werden kann, so sei nur hervorgehoben, daß J. bei allem Salvarsanenthusiasmus doch sich zu der kombinierten Quecksilber-Salvarsanbehandlung bekennt, und daß auch er das Quecksilber nicht im Behandlungsschatze vermissen möchte. Verf. gibt zu, daß ein Teil der schweren Salvarsanfolgen, die er größtenteils auf schlechte Präparate zurückführt, sich in den letzten Jahren vermehrt haben; er glaubt aber, bei der Bedeutung des Salvarsans müsse dieser Nachteil mit in Kauf genommen werden. Nun muß versucht werden, in der Verbesserung der Präparate und in der Vervollkommnung der Prüfung eine höhere Schärfe zu erreichen. E. Langer-Berlin.

Salvarsanexantheme und Verlauf der Syphilis (Exanthèmes salvarsaniques et évolution de la syphilis), von E. Benveniste-Genf. (Presse méd., 1921, Nr. 91, S. 904.) Verf. wendet sich gegen die von Buschke und Freymann (B. kl. W., 1921, 11. April) vertretene Ansicht, daß die Entwicklung einer Erythrodermie bei der Salvarsanbehandlung günstig auf den Verlauf der Syphilis einzuwirken imstande sei. In der Klinik von Prof. Oltramare in Genf hat man 13 solche Fälle beobachtet: 5 davon konnten nicht weiter kontrolliert werden, einer ist gestorben, einer ist Tabiker geworden; einer konnte nur einmal wieder untersucht werden, und von 5 Fällen liegen weitere hier auszugsweise mitgeteilte Beobachtungen vor. Der Verlauf war im allgemeinen durchaus nicht besonders günstig. B. stellt folgende Sätze auf: Die Erythrodermie fällt mit dem Umschwung der Seroreaktion vom positiven zum negativen zusammen; dieses negative Stadium ist nicht von langem Bestande. Meist ist der Wiedereintritt der positiven Reaktion mit einem neuen Ausbruch der klinischen Symptome verbunden.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mitteilung eines Falles von amyostatischem Symptomenkomplex nach Salvarsan, von P. Matzdorff-Hamburg. (Kl. W., 1922, Nr. 19, S. 951.) Unmittelbar im Anschluß an eine im Laufe der Kur gegebene Salvarsaneinspritzung trat bei einem 19jähr. Mädchen eine Erkrankung mit dem klinischen Bilde einer Stammganglienaffektion ein. Gesicht starr und maskenartig, herabhängender Unterkiefer bei dauernd geöffnetem Mund, aktive Bewegungen unter heftigem Zittern und langsam wie gegen inneren Widerstand, passive Bewegung gehemmt und langsam, Adiadochokinese. Leichter Nystagmus. Sprache leise, langsam und stimmlos. Beim Sprechen werden Mund und Lippen kaum bewegt. Gang schwankend und zitternd. Lumbalpunktat normal, WR +++. Unter Quecksilber-, Jod- und Übungstherapie nur geringe Besserung. Verf. glaubt, daß das Salvarsan direkt oder indirekt dieses Bild eines amyostatischen Symptomenkomplexes veranlaßt habe. E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

In Erlangen wurde vor kurzem die in Teilen des früheren Garnisonlazarettes neu errichtete Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Direktor: Prof. L. Hauck) eröffnet.

Habilitiert: Dr. Wilhelm Frei, Assistent der dermatologischen Klinik in Breslau.

Ernannt: Prof. Arturo Fontana zum Primararzt der dermatologischen Abteilung des Ospedale S. Lazzaro in Turin.

Gestorben: Prof. Vincenzo Chirivino in Neapel. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

21. April 1923 | Nr. 16 | Band 76

Quellungs- und Entquellungserscheinungen in ihrer Bedeutung für die Pathologie der Haut.

Von

Dr. Erwin Pulay.

II. Mitteilung: Quellung und Entquellung der roten Blutkörperchen.

Cholesterin.

Bei Verfolgung unserer Fragestellung erfahren die gewonnenen Vorstellungen in ganz wesentlichen Punkten eine Vertiefung und machen bereits nach einer Seite hin eine Korrektur notwendig.

Dies scheint um so weniger verwunderlich, als es sich um neue für unser Spezialfach aus anderen Gebieten adaptierte Vorstellungen handelt.

Seit Fertigstellung meines Buches „Stoffwechsel und Haut“[1]) verfügen wir über so viel neu durchgearbeitetes Material, daß es heute bereits notwendig wäre, manche Kapitel gänzlich umzuarbeiten; ganz besonders bezieht sich das auf das Kapitel Cholesterin.

In dieser Mitteilung lag die Frage zur Untersuchung, ob und in welcher Art sich eine Beziehung zwischen Wassergehalt der Blutkörperchen und Cholesteringehalt herausarbeiten läßt.

Fall 1. Ekzema impetiginosum. Der Wassergehalt im Gesamtblut beträgt 82,47%, im Serum 90,62%, in den Blutkörperchen 66,66%. Normaler Quellungszustand der Blutkörperchen. Cholesteringehalt 0,0624%.

Fall 2. Impetigo. Wassergehalt im Gesamtblut 82,50%, im Serum 90,50%, in den Blutkörperchen 70,85%. Cholesteringehalt 0,0645%.

Fall 3. Universell seborrhoisches Ekzem. Starke Quellung der Blutkörperchen. Wassergehalt im Gesamtblut 81,56%, im Serum 90,0%, in den Blutkörperchen 73,8%. Cholesterin 0,0926%. (Vermehrt.)

Fall 4. Chronische Ekzematose mit Impetigo. Quellung der Blutkörperchen. Wassergehalt im Gesamtblut 81,45%, im Serum 90,27%, in den Blutkörperchen 68,1%. Cholesteringehalt 0,046%.

Fall 5. Chronische Ekzematose mit Impetigo. Starke Quellung. Wassergehalt im Gesamtblut 81,59%, im Serum 90,34%, in den Blutkörperchen 68,47%. Cholesterin 0,0972%.

Fall 6. Impetiginöses Ekzem. Entquellung. Wassergehalt im Gesamtblut 80,46%, im Serum 90,57%, in den Blutkörperchen 61,69%. Cholesterin 0,0946%.

Fall 7. Bullöses Ekzem. Quellung der Blutkörperchen. Wassergehalt im Gesamtblut 81,57%, im Serum 90,34%, in den Blutkörperchen 68,42%. Cholesterin 0,0670%.

Fall 8. Psoriasis vulgaris universalis. Quellung der Blutkörperchen. Wassergehalt im Gesamtblut 81,47%, im Serum 90,84%, in den Blutkörperchen 68,78%. Cholesterin 1,462%.

Fall 9. Impetiginöses Ekzem mit Skabies. Entquellung der Blutkörperchen. Wassergehalt im Gesamtblut 79,48%, im Serum 90,54% und in den Blutkörperchen 63,70%. Cholesterin 0,1472%.

[1]) Stoffwechsel und Haut. Urban & Schwarzenberg, 1923.

Digitized by Google

Zusammenfassung: Überblicken wir die hier mitgeteilten Resultate, so scheint der Wassergehalt der Blutkörperchen mit dem Cholesteringehalt in keiner Beziehung zu stehen. Es finden sich sowohl Quellung als auch Entquellung bei erhöhtem respektive normalem Cholesteringehalt. Das Cholesterin wirkt demnach weder quellend noch entquellend und scheint mit dem Wasserstoffwechsel direkt nichts zu tun zu haben. Dies festzustellen muß mir um so wichtiger sein, da ich auf Grund meiner früheren Untersuchungen, in denen ich allerdings Wasserbestimmungen noch nicht durchführte, die Vorstellung hatte, daß das Cholesterin zu einer Quellung der Blutkörperchen führe[1]). In welcher Art nun das Cholesterin zum Wasserstoffwechsel zu stehen kommt, werden spätere Untersuchungen zu entscheiden haben. Auch dürfte das Cholesterin nicht als Antagonist zum Zucker anzusehen sein, vielmehr scheint dem Cholesterin im Blutkörperchen eine schützende Wirkung zuzukommen.

Das Cholesterin ist ein in jeder Zelle vorkommender und für jede Zelle wichtiger Bestandteil. Über sein Schicksal und seine Funktion im Organismus wissen wir heute noch nichts Bestimmtes.

Die Arbeiten aus der letzten Zeit haben einige interessante Tatsachen ergeben, vor allem ist es wichtig, zu wissen, daß der Cholesteringehalt des Blutes von der Art der Nahrung abhängt und man daher bei verschiedenen Völkern und zu verschiedenen Zeiten differente Werte erhalten wird. Wir werden daher erst bei oftmals durchgeführten Untersuchungen an ein- und demselben Individuum zu verläßlichen Anhaltspunkten über das Verhalten im Cholesterinspiegel gelangen. Diesem Moment wurde keine Aufmerksamkeit geschenkt, worauf aber in Hinkunft zu achten sein wird.

Nach Waker und Beck befähigt das Cholesterin der Körperzellen dieselben zu einer vermehrten Kalkretention.

Von besonderem Interesse sind die Arbeiten Leupolds. Aus diesen Arbeiten geht hervor, daß die Toxine an das Cholesterin gebunden werden. Daraus ließe sich vielleicht die Schutzwirkung, die von einigen Autoren dem Cholesterin gegen Infektionen zugeschrieben wird, erklären. Brinkman und Van Dam konnten zeigen, daß das Cholesterin die Hämolyse bis zur vollkommenen Wirkungslosigkeit hemmt. Nach Nielson und Wheelon vermehrt Cholesterin die Resistenz der roten Blutkörperchen. Cholesterin scheint die Blutkörperchen vor Quellung zu schützen.

In Zukunft wird dem Verhalten des Harnes in punkto Ausscheidung von Cholesterinestern erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken sein. Die Beschäftigung mit dem Cholesterinstoffwechsel dürfte uns auch in der Dermatologie mit dem retikuloendothelialem System in Berührung bringen. Von dieser Seite wäre manche neue Erkenntnis zu erwarten. Cholesterinverfütterung an Kaninchen führt zu einer Anhäufung von Lipoiden im retikuloendothelialem Gewebe.

In weiteren Untersuchungen werden wir an den betreffenden Stellen noch Gelegenheit nehmen, über Erweiterung unserer bisherigen Beobachtungen zu berichten, wobei die wesentlichsten Feststellungen an neuem Material bestätigt und nur in ganz wenigen Punkten unsere bisherige

[1]) Intermediärer Stoffwechsel und Hautkrankheiten. I. Cholesterin. Derm. W., 1922, Nr. 51.

Digitized by Google

Auffassung eine Abänderung erfahren wird. So kann selbstredend eine Harnsäurevermehrung niemals zu einer Säuerung im Gewebe führen, da letztere eine Funktion der Wasserstoffionenkonzentration ist. (Pulay: Stoffwechselpathologie und Hautkrankheiten. 1. Mitteilung.)

So fruchtbringend das Studium der physikalischen Chemie und Kolloidchemie für die Pathologie ist und noch sein wird, so lehrt das tiefere Eindringen in diese Materie, wie vorsichtig man in der Auswertung der gewonnenen Resultate sein muß und daß man sich nur zu leicht verleiten läßt, mit einzelnen diesen Hilfswissenschaften entnommenen Begriffen herumzuwerfen. Denn wenn wir die neueste Literatur überblicken, so wird oftmals von Ionenantagonismus gesprochen, wo es sich ja um keinen Antagonismus handelt. Wir finden sehr viel über Quellung berichtet, wo es sich vielleicht um ähnliche und wesensverwandte, nicht aber um reine und ausgesprochene Zustände handelt. Es wäre besser, in diesen Fällen von einer Wasservermehrung ganz allgemein oder Hydrämie zu sprechen, da wir mit dem Begriff der Quellung doch eine ganz bestimmte Vorstellung verbinden. Der Quellungszustand der Organkolloide wird von Elektrolyten weitgehend beeinflußt. Im wesentlichen handelt es sich dabei um eine Ionenwirkung. Das Verhältnis von Natrium zu Kalium zu Kalzium zu Magnesium einerseits, von H zu HCO_3 andererseits wird hierfür maßgebend sein. Die Anwesenheit von Kationen setzt das Wasserbindungsvermögen herab (Spiro, Zondek). Je wasserreicher das Gewebe ist, desto kleiner wird der Quellungsdruck, da nach den Untersuchungen von Wo. Ostwald der Quellungsdruck der Kolloidkonzentration direkt proportional ist, Quellungsdruck und osmotischer Druck zueinander indirekt proportional sind.

In den weiteren Mitteilungen wollen wir nun die Beziehung der einzelnen Elektrolyte resp. Nichtelektrolyte zu den Quellungsverhältnissen der Blutkörperchen erörtern, um zusammenfassend die Quellung der Blutkörperchen unter der Einwirkung sämtlicher Bestandteile zu besprechen. Auf diesem Wege wird sich am besten zeigen lassen, welche Faktoren für Quellung und Entquellung der Blutkörperchen tatsächlich von Bedeutung sind und wann wir überhaupt berechtigt sein werden, von einer Quellung der Blutkörperchen zu sprechen. Erst die nach dieser Richtung hin gewonnenen Resultate können die Grundlage für weitere Studien über die Wasserverhältnisse im Gewebe abgeben.

Abortivbehandlung der akuten Urethralgonorrhoe des Mannes.

Von

Dr. Georg Gjorgjević,

Chef der Staatsambulanz für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Belgrad.

Stets wird diejenige Behandlungsmethode die bessere sein, welche erfolgreicher und schneller zum Ziele führt.

Neben ständiger Verbesserung aller Behandlungsmethoden der Gonorrhoe beim Manne, wird man ganz besonderes Gewicht auf die abortive

Digitized by Google

Behandlung der akuten Urethralgonorrhoe zu legen haben. Es ist wünschenswert, mit einem starken Mittel so schnell als möglich den akuten Prozeß aufzuhalten und womöglich gleichzeitig auch den ganzen pathologischen Prozeß zu kupieren.

Bis jetzt wurden verschiedene Methoden angewendet mit verschiedenen Mitteln und ebenso verschiedenen Resultaten. Wenn auch dabei das Prinzip gilt: den akuten Prozeß kann man abortiv heilen, man muß nur trachten, früh genug mit der Behandlung zu beginnen; sehr oft gelingt es aber trotzdem nicht, auch mit der frühesten und stärksten Behandlung, zum gewünschten Ziele zu kommen.

Im Hinblick auf diese Resultate, wählte ich für die abortive Behandlung Fälle mit der kürzesten Anamnese, und ferner solche, welche sofort mit der Behandlung begannen, sobald sie die geringsten Krankheitszeichen an sich bemerkten.

Da ich über 10 Fälle verfüge, in denen der Erfolg ein vollständiger war, und die übrigen Fälle im Verlaufe der Behandlung ganz besondere und charakteristische Veränderungen zeigten, werde ich genau die Art der Behandlung beschreiben und zugleich die dabei entstandenen Symptome auf Grund der pathologischen Vorgänge, die sich entwickelt hatten. erwähnen, um dann zum Schluß aus all diesem Schlüsse zu ziehen, welche eine Richtschnur für die Indikation und Durchführung der abortiven Behandlung bilden sollen.

Unter Abortivbehandlung versteht man jene Behandlungsmethode, welche sozusagen im Momente ihrer Anwendung die pathologische Noxe ausschaltet, hier also die Gonokokken.

Dieser Erfolg ist mit Sicherheit nur bei ganz frischer Gonorrhoe zu erwarten, bei welcher die pathologischen Veränderungen ganz oberflächlich in der Mukosa sitzen und es zu tieferen Infiltraten noch nicht gekommen ist.

Der Erfolg einer solchen abortiven Behandlung müßte in einer direkten chemischen Wirkung bestehen, das angewendete Mittel müßte die Gonokokken, welche sich ganz frei und oberflächlich in der Harnröhre befinden, direkt vernichten.

Die von mir für diese Behandlung gewählten Antigonorrhoika waren Protargol und Argentum nitricum.

Für die akuten Erscheinungen ist das Protargol viel besser als das Argentum nitricum, schon wegen der leichten und schnellen Assimilation mit dem Körpereiweiß. Ich benutzte daher gewöhnlich am 1. und 2. Tage das Protargol, und erst nachher Argentum nitricum.

Für diese abortive Behandlung wählte ich nur Fälle mit sicherer Anamnese von 3—8 und 10 Tagen. Das Harnröhrensekret war in den meisten Fällen schleimig, weißlich, hier und da auch ganz eitrig gelb, der Urin meist klar, oft mit Flocken in der I. Portion, hier und da leicht getrübt, sehr selten ganz trüb, während die II. Portion immer klar war.

Vollkommen ungeeignet für die abortive Behandlung sind außergewöhnliche Veränderungen, wie z. B. ein stärkeres Infiltrat mit heftigen Schmerzen und starkem Ausfluß, was gewöhnlich ein Ödem des Penis und Präputiums zur Folge hat.

Digitized by Google

Der mikroskopische Befund ist von besonderer Bedeutung, so daß parallel mit den klinischen Zeichen auch dieser von ganz besonderem Werte ist.

Das gewöhnliche mikroskopische Bild ist meist folgendes: eine Unmenge Leukozyten mit intrazellulären Gonokokken. Bisweilen findet man neben intrazellulären Gonokokken schon einzelne extrazelluläre. Sehr selten besteht ein einem späteren Stadium entsprechendes Bild, nämlich eine Unmenge Leukozyten, bei welchen die Gonokokken neben rein intrazellulärer Position bereits völlig über das ganze Gesichtsfeld zerstreut sind, ohne irgend welche gesetzmäßige Anordnung.

Vom Grundsatze ausgehend, daß das Protargol eines des besten antigonorrhoischen Mittels im akuten Stadium ist, sowie von der Erfahrung, daß es in starker Konzentration als Prophylaktikum angewendet, fast gar keinen Schmerz und eine verhältnismäßig sehr schwache Reaktion hervorruft, wende ich zuerst eine 5 %ige Protargollösung an.

Ich spritze selbst dem Kranken — nach dem Urinieren — mit einer Trippersprize 5 %iges Protargol in die vordere Harnröhre, so daß dieselbe ganz gefüllt und vollkommen gespannt erscheint; der Patient drückt mit 2 Fingern an der Glans die Harnröhre zu, und hält die Lösung 5 Minuten darin.

Während dieses Zeitraumes empfindet der Kranke einen stärkeren Schmerz, welcher mehr dem Drucke und der Spannung entspricht, ja es kann sogar zu Ohnmachtsanfällen kommen, wobei er etwa die Lösung heraus läßt. Auf jeden Fall erfolgt, wenn 5 Minuten später die Protargollösung herausgelassen wurde, ein starkes Brennen, welches aber sehr schnell und fast vollkommen verschwindet, wenn das Glied einige Augenblicke in kaltes Wasser getaucht wird.

Abstinenz vom Koitus und von jeder sexuellen Reizung ist absolut indiziert, wegen der Gefahr der Hyperämie und dadurch bedingten Fortschreiten des akuten Prozesses.

Schon einige Stunden nach dieser Einspritzung verschwindet jedes Schmerzgefühl; nach 24 Stunden ist auch nichts von Sekretion zu bemerken und ist der Urin vollkommen klar.

Ist die abortive Heilung mit 5 %iger Protargollösung nicht gelungen, so gebe ich nach 24 Stunden eine Einspritzung mit 10 %iger Protargollösung.

In diesem Falle empfindet der Patient, während der Einspritzung, fast gar keinen Schmerz, trotzdem die Dosis die doppelte ist.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Zubereitung der Protargollösung. Es darf weder Alkohol noch Glyzerin verwendet werden, das Protargol ist vielmehr durch längere Einwirkung von Wasser zu lösen. Die geringste Spur Alkohol genügt, um eine noch stärkere Entzündung oder ein Ödem, das nur sehr langsam schwindet, hervorzurufen.

In den meisten Fällen beobachtet man 24 Stunden nach Einspritzung mit 5 %igem Protargol nicht die geringste Sekretion; bei einzelnen Fällen läßt sich ein geringes schleimiges Sekret konstatieren, welches zahlreiche Leukozyten und Schleim zeigt; die Gonokokken sind, wenn überhaupt vorhanden, nur vereinzelt, gewöhnlich in Gruppen, nicht diffus zerstreut, aber unregelmäßig angeordnet, und von sehr verschiedener Form.

Digitized by Google

Wo nach 24 Stunden verstärkte Eiterung auftritt, ist die abortive Behandlung selbstverständlich nicht gelungen; in diesen Fällen war die Inkubation wahrscheinlich viel länger und die Anamnese also falsch gewesen.

Das mikroskopische Bild entspricht dann dem verschlimmerten Prozeß; die Gonokokken alle von derselben Gestalt, im ganzen Gesichtsfeld diffus zerstreut, so daß fast keine gonokokkenfreie Stelle zu sehen ist.

Diese letzten ungeeigneten Fälle ausgenommen, wird die abortive Behandlung folgendermaßen fortgesetzt: vorausgesetzt, daß der akute Prozeß durch die beiden 5%igen und 10%igen Protargolinjektionen vollkommen zum Stillstand gebracht worden ist und die Gonokokken vollkommen vernichtet sind, mache ich am 3. Tage ein- oder zweimal täglich eine Spülung der vorderen Harnröhre mit einer leichten Kalium-permangan.-Lösung mit JANET-Spritze oder Irrigator. An diesem Tage entscheidet es sich, ob der akute Prozeß tatsächlich entfernt ist und die Gonokokken vernichtet sind, und der Beweis dafür ist, der vollkommen klare Urin und die von irgend einem Sekret vollkommen freie Harnröhre. Einzelne Fälle, die zwar für die abortive Behandlung völlig geeignet schienen, zeigen während der Hypermanganspülung eine stärkere Sekretion nebst diffus verstreuten Gonokokken, und sind demnach für die weitere Fortsetzung dieser Behandlung nicht brauchbar.

Bei den geeigneten Fällen könnte man diese Spülung weglassen und die weitere Behandlung fortsetzen, indem man am 3. Tage vormittags eine Spülung macht und eventuell nachmittags fortsetzt, und zwar mit Argentum nitricum.

Nachdem auf Grund der gemachten Kontrolle der akute Prozeß vollkommen geschwunden ist, besteht eine unbedingte Indikation für Argentum nitricum, welches den Zweck hat, in immer stärkerer Konzentration die eventuell zurückgebliebenen, versteckten, schon degenerierten Gonokokken definitiv zu vernichten.

Vier Tage hintereinander wird $^1/_2$—1—$1^1/_2$—2% Argentum nitricum mit GUYON-Katheter in die Harnröhre eingespritzt, was mehr als Prophylaktikum denn als Therapeutikum anzusehen ist.

Bei dieser Stärke der Lösung kommt selbstverständlich die Empfindlichkeit der Harnröhre in Betracht; wenn es auch in den meisten Fällen möglich ist, innerhalb 4 Tagen diese Injektionen in steigender Konzentration durchzuführen, gibt es empfindliche Fälle, wo es wegen der starken Reaktion möglich ist, nur jeden 2.—3. Tag Argentum nitricum anzuwenden.

Dieses letztere vollkommen individuelle Moment verlängert natürlich die Behandlungsdauer um einige Tage. Die abortive Behandlung würde nach alledem 7 Tage, eventuell 6 Tage in Anspruch nehmen.

Wenn die beiden ersten 5%igen und 10%igen Protargolinjektionen den Prozeß zum Schwinden gebracht und die Gonokokken vernichtet haben, könnte man annehmen, daß die Heilung erreicht ist. In der Literatur sind zwar solche Fälle erwähnt, ich selbst verfüge jedoch über keinen einzigen sicheren Fall.

Die von mir behandelten 10 Fälle sind aus 2 Gründen von besonderer Bedeutung, einerseits weil sie verschiedene Anamnesen, und andererseits verschiedene klinische Bilder aufweisen.

Digitized by Google

So ist bei 3 Fällen die Inkubation mit 8 Tagen, bei je einem mit 7, 5 und 3 Tagen, bei zweien mit 4 Tagen und bei zweien überhaupt nicht angegeben. Bei 8 von diesen 10 Fällen wurde mit der Behandlung am selben Tage begonnen, als die ersten Krankheitserscheinungen in Form leichten Ausflusses aufgetreten waren. Bei 2 anderen Fällen, mit 8tägiger Anamnese, bestand der Ausfluß schon 6 Tage, bei einem anderen mit 7tägiger Anamnese 3 Tage vor Beginn der Behandlung.

Das klinische Bild, in bezug auf das Aussehen des Eiters, war stets dasselbe: typischer gelber Eiter mit stets positivem Gonokokkenbefund. Der Urin war, was von großer Bedeutung ist, in 3 Fällen vollkommen klar mit einzelnen Flocken; in 6 Fällen war die I. Portion leicht getrübt, in einem Falle die I. Portion trüb, die II. leicht getrübt.

Es ist ersichtlich, daß diese 10 Fälle den Indikationen einer Abortivbehandlung größtenteils nicht entsprechen, denn je kürzer die Inkubation, um so geringer die pathologischen und klinischen Erscheinungen. In den meisten Fällen lag die Infektion über 5 Tage zurück und die klinischen Veränderungen waren meist ziemlich beträchtlich; in jedem Fall typischer Eiter, nie bloß schleimiges Sekret, auch der Urin meist bereits leicht getrübt.

Dennoch war die abortive Behandlung allemal vollkommen gelungen und innerhalb einjähriger Nachuntersuchung konnte keinerlei Rezidiv festgestellt werden.

Sechs Fälle sind auch heute vollkommen gesund, in 3 Fällen kam es nach einigen Monaten zu frischen akuten Infektionen, davon bei zwei die abortive Behandlung nicht indiziert erschien; bei einem wurde die 2. Infektion neuerdings erfolgreich abortiv behandelt.

Wenn auch die Anamnese und damit das klinische Bild verschieden war, so daß auch die Reaktionen durch die angewandte Behandlung ganz verschieden ausfallen mußten, so war dadurch auch die Behandlung zum Teil geändert, dennoch aber erfolgte sie immer wieder nach denselben Prinzipien.

So war z. B. in den meisten Fällen nach der ersten 5 %igen Protargolinjektion nach 24 Stunden noch immer etwas Sekret mit einzelnen Gonokokken nachzuweisen, so daß ich noch ein zweites Mal eine 5 %ige Protargolinjektion gab, damit ich nicht Gefahr laufe mit dem stärkeren (10 %igen) Protargol eine eventuell noch stärkere Reaktion hervorzurufen. In einzelnen Fällen konnte man ähnliches auch nach 10 %igem Protargol bemerken, welches den 2. Tag angewendet, auch den 3. Tag wiederholt werden mußte, an Stelle der Kontrollspülung mit Kal. permanganicum. Diese Kontrollspülung, welche in den meisten Fällen nur einen Tag, ein- oder zweimal durchgeführt wurde, mußte in einzelnen Fällen auch den nächsten Tag durchgeführt werden, wegen zu starker, durch Protargol entstandener Reaktion. In einem Falle wurde auf Grund eines verdächtigen mikroskopischen Bildes noch einmal nach der Spülung 5 %iges Protargol angewendet. Ein Fall, bei welchem wegen immer wieder stark auftretender Reaktion viermal hintereinander 5 %iges Protargol angewendet wurde vor dem Übergange zu 10 %igem Protargol und nachher auf Argentum nitricum, unterscheidet sich vollkommen von allen übrigen.

Nachdem ich aus den Fällen, bei welchen die abortive Behandlung angefangen, und aus irgend einem Grunde nicht durchgeführt werden

Digitized by Google

konnte, gelernt hatte, daß diese forcierte Methode besonders schwere Veränderungen und Komplikationen in jenen Fällen hervorruft, bei welchen die 2. Urinportion trüb ist, gab ich bei 2 Fällen sofort mit der ersten Anwendung von 5%igem Protargol gleichzeitig auch Vakzine. Hier wurde während der ersten 3 Tage täglich 2,0 Arthigon intramuskulär injiziert, und zwar in Fall Nr. 6, bei welchem schon von Anfang an die 2. Urinportion pathologische Veränderungen gezeigt hatte, als leicht getrübt, und in Fall Nr. 10 — einem Falle ohne Anamnese —, bei welchem mikroskopisch neben intrazellulären regelmäßig gelagerten Gonokokken auch eine Unmenge extrazelluläre diffus zerstreute Gonokokken zu finden waren.

In diesen beiden Fällen wurde die abortive Behandlung in der angeführten Weise erfolgreich durchgeführt.

Nach der Hypermanganspülung wurde in den meisten Fällen Argentum nitricum allein angewendet; hier und da wurden zwischen den einzelnen Injektionen leichte Hypermanganspülungen eingeschaltet; öfters wurde wegen der individuellen stärkeren Reaktion eine Pause von einem Tag gemacht; einzelne Male gab ich nacheinander gewöhnlich 1%iges Argentum nitricum zweimal, um in den stark empfindlichen Fällen mit stärkeren Lösungen nicht zu forcieren.

Alle diese Abweichungen von der angegebenen Methode waren die Folge zufälliger ganz besonderer individueller Erscheinungen. Mit gelegentlichen Überraschungen wird man stets zu rechnen haben und dementsprechend seine Methode anpassen müssen. Daher ist es niemals möglich für den Menschen ein genaues Schema anzugeben, das blind befolgt werden muß; im Gegenteil, jede Methode muß so elastisch sein, daß sie individuell angewendet werden kann.

Wegen der leichteren Übersicht werde ich in Kürze die Krankengeschichten dieser 10 Fälle anführen:

Fall 1. A. M. 25. V. Koitus vor 3 Tagen, seit heute Ausfluß.

Status: Leichter Ausfluß, Urin klar, I. Portion mit Flocken, Gonokokken +.

Diagnose: Urethritis gon. ant. acuta. 25. V. 5%, 26. V. 5%, 27. V. 10% Protargol; 28. V. Janet; 29. V. 5% Protargol; 31. V. ½%, 1. VI. 1%, 3. VI. 1%, 5. VI. 1½%, 7. VI. 2% Argentum nitricum.

Fall 2. L. A. 12. VI. Koitus vor 7 Tagen, 3 Tage Ausfluß.

St. pr.: Gelblicher Ausfluß, I. Portion leicht getrübt, II. Portion klar, Gonokokken +.

Diagnose: Urethritis gon. ant. acuta. 12. VI. 5%, 13. VI. 5%, 14. VI. 5%, 16. VI. 5%, 17. VI. 10% Protargol; 18. VI. Janet; 19. VI. ½% Argent. nitr.; 20. VI. Janet; 21. VI. 1% Argent. nitr.

Fall 3. M. P. 14. VI. Koitus vor 4 Tagen, seit heute Ausfluß.

St. pr.: Gelber Ausfluß, I. Portion leicht getrübt, II. Portion klar, Gonokokken +.

Diagnose: Urethritis gon. ant. acuta. 14. VI. 5%, 15. VI. 5%, 16. VI. 10% Protargol; 17. VI. Janet; 18. VI. ½%, 20. VI. ½%, 22. VI. 1%, 24. VI. 1%, 26. VI. 1½%, 28. VI. 2% Argent. nitr.

Fall 4. P. N. 15. VI. Koitus vor 8 Tagen, 6 Tage Ausfluß.

St. pr.: Gelber Ausfluß, I. Portion trüb, II. Portion klar, Gonokokken +.

Diagnose: Urethritis gon. ant. acuta. 15. VI. 5%, 16. VI. 5%, 17. VI. 10% Protargol; 18. VI. Janet (Vormittag), Janet (Nm.), 19. VI. ½%, 21. VI. 1%, 23. VI. 1%, 25. VI. 1½%, 27. VI. 2%, 29. VI. 2% Argent. nitr.

Fall 5. G. E. 30. VI. Koitus vor 5 Tagen, seit heute Ausfluß.

St. pr.: Gelber Ausfluß, Urin klar, I. Portion mit Flocken, Gonokokken +.

Diagnose: Urethritis gon. ant. acuta. 30. VI. 5%, 1. VII. 5%, 2. VII. 10% Protargol; 3. VII. Janet; 4. VII. ½%, 6. VII. 1%, 7. VII. 1½%, 9. VII. 2% Argent. nitr.

Digitized by Google

Fall 6. R. S. 26. VII. Koitus vor 8 Tagen, 3 Tage Ausfluß.

St. pr.: Starker gelber Ausfluß, I. Portion trüb, II. Portion leicht getrübt, Gonokokken +.

Diagnose: Urethritis gon. post. acuta. 26. VII. 5% Protargol + 2,0 Arthigon, 27. VII. 5% Protargol + 2,0 Arthigon, 28. VII. 10% Protargol + 2,0 Arthigon, Urin klar, 29. VII. Janet, 30. VII. ½% Argent. nitr., 31. VII., 1. VIII. Janet, 2. VIII. 1% Argent. nitr., 3. VIII. Janet, 4. VIII. 2% Argent. nitr., 5. VIII. Janet.

Fall 7. P. M. 24. X. Koitus vor 8 Tagen, seit heute Ausfluß.

St. pr.: Gelblicher Ausfluß, I. Portion leicht getrübt, II. Portion klar, Gonokokken +.

Diagnose: Urethritis gon. ant. acuta. 24. X. 5%, 25. X. 10%, 26. X. 10% Protargol, 27. X. Janet (Vm.), Janet (Nm.), 29. X. ½%, 30. X. 1%, 31. X. 1%, 1. XI. ½%, 3. XI. 2% Argent. nitr.

Fall. 8. Z. S. 1. I.

St. pr.: Etwas Ausfluß, Urin klar, Gonokokken +.

Diagnose: Urethritis gon. ant. acuta. 1. I. 5%, 2. I. 10%, 3. I. 10% Protargol, 4. I. Janet (Vm.), Janet (Nm.), 5. I. ½%, 6. I. 1%, 10. I. 1%, 12. I. 1½%, 15. I. 2% Argent. nitr.

Fall 9. W. D. 26. V. Koitus vor 4 Tagen, seit heute Ausfluß.

St. pr.: Gelblicher Ausfluß, I. Portion leicht getrübt, II. Portion klar, Gonokokken +.

Diagnose: Urethritis gon. ant. acuta. 26. V. 5%, 27. V. 10% Protargol, 28. V. ½%, 29. V. 1%, 30. V. 1½%, 2. VI. 2% Argent. nitr.

Fall 10. Z. S. 19. IV.

St. pr.: Gelber Ausfluß, I. Portion leicht trüb, II. Portion klar, Gonokokken + (intra und extrazellulär diffus zerstreut).

Diagnose: Urethritis gon. ant. acuta. 19. IV. 5% Protargol + 2,0 Arthigon, 20. IV. 10% Argonin + 2,0 Arthigon, 21. IV. 10% Protargol + 2,0 Arthigon, 22. IV. Janet (Vm.), Janet (Nm.), 23. IV. ½%, 25. IV. 1%, 26. IV. 1½%, 28. IV. 2% Argentum nitr.

Die einzige Bedingung, welche von ganz besonderem Wert für die Durchführung dieser Therapie ist, daß sich der Patient verpflichtet, unbedingt jeden Tag, besonders die ersten 3—4 Tage, zur Behandlung zu kommen. Deswegen ist es auch sehr schwer, Fälle zu finden, bei denen diese abortive Behandlung durchführbar ist. Kommt der Patient nach den ersten 5%igen Protargolinjektionen den 2. Tag nicht zur Behandlung, findet man als Konstante und ständige Erscheinung, daß der Zustand ein viel schlimmerer geworden ist; man findet den 3. Tag einen starken Ausfluß, Schmerzen beim Urinieren, den Urin trüb und das mikroskopische Gonokokkenbild zeigt diffus verstreute Gonokokken im ganzen Gesichtsfelde. Das klinische und auch das mikroskopische Bild entsprechen einer starken Reizung, und jede weitere Therapie wird sich sehr schwer durchführen lassen, so daß es unmöglich ist, diese Methode der abortiven Behandlung fortzusetzen.

Das Wegbleiben von der Behandlung am 2. Tage geschieht sehr oft, auch nach der genauesten Belehrung, aus dem Grunde, weil sich die Kranken an diesem 2. Tage vollkommen gesund fühlen, ohne irgend welche subjektiven Symptome. Abstinenz ist unbedingt erforderlich, wegen eigener Gefahr wie auch wegen der Gefahr der Übertragung auf andere Personen in den ersten Tagen.

Bei den Fällen 6 und 10 benutzte ich neben der angegebenen Therapie auch Arthigon, und zwar im 1. Fall als Therapeutikum, im 2. mehr als Prophylaktikum. Ich möchte für jeden einzelnen Fall, bei welchem die abortive Behandlung angewendet wird, empfehlen, auch Arthigon sofort neben der übrigen Therapie anzuwenden, und zwar wenigstens

Digitized by Google

die drei ersten Tage, täglich 2,0 intramuskulär, mehr prophylaktisch, da man nie eine absolute Sicherheit des unbedingten Erfolges dieser abortiven Behandlung haben kann; in jedem nicht erfolgreichen Falle wurde auf diese Weise von vornherein den schwersten Komplikationen entgegengetreten.

Die größeren Pausen zwischen den einzelnen Argentum-nitricum-Injektionen, wie in Fall 8, sind nur durch Nachlässigkeit des Patienten entstanden.

Das im Fall 10 angewandte 10%ige Argonin hatte den Zweck gehabt, zu sehen, ob dieses ziemlich analoge Präparat der guten Wirkung des Protargol entsprechen werde. Wenn man auch erwarten durfte, daß dieser schnelle Wechsel, zweier ähnlicher Präparate, noch eine bessere Wirkung hat, zeigte sich, daß das nicht der Fall ist; man mußte sofort wieder mit 10%igem Protargol fortsetzen, wenn auch die schnelle Gewöhnung des Organismus und der Gonokokken auf ein und dasselbe Präparat allgemein bekannt ist.

Irgend welche voreiligen Schlüsse in welcher Richtung, immer auf Grund dieser einzelnen Beobachtung zu ziehen, wäre falsch.

Die abortive Behandlung ist, auf diese Weise durchgeführt, von großem Wert, aus dem Grunde, weil sich der Patient sofort, schon den 2. Tag, fast ohne irgend welche subjektive Empfindungen und ohne sichtbare Erscheinungen befindet; die Behandlung dauert sehr kurze Zeit, der Patient muß nur einigemal zum Arzt gehen und hat während der ganzen Krankheitsdauer selbst mit der Behandlung nichts zu tun, da der Arzt alles selbst durchführt.

Wenn man diese Resultate überblickt und wenn man zugleich weiß, daß jeder einzelne, auch der idealste Fall — ausgenommen sind die seltenen Fälle einer vollkommenen Heilung nach einer einzigen 5%igen Protargolinjektion —, wenn er den 2. Tag nicht zur Behandlung kommt, sofort den nächstfolgenden Tag in ganz verschlimmertem Zustande kommt, entsteht die Frage, wie erklärt man sich das Zustandekommen dieser guten Resultate, und wie ist es möglich, daß bei einer Nachlässigkeit schon nach 24 Stunden, und besonders am 2. Behandlungstage, eine so starke Verschlechterung eintritt. Diese Frage könnte man erst nach den genauesten bakteriologischen und serologischen experimentellen Analysen genau beantworten, was vorläufig außerhalb dieser klinischen Studie ist. Man kommt aber auf Grund genauer klinischer Angaben und Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: Das erzielte Resultat muß ohne Zweifel der schnellen und guten bakteriziden Wirkung des Protargol zugeschrieben werden. Diese Wirkung muß hauptsächlich eine chemische sein und zugleich eine oberflächliche auf die Gonokokken, die sich an der Harnröhrenschleimhaut befinden. Eine Protargolinjektion — mit seltenen Ausnahmen — genügt nie, alle Gonokokken zu vernichten; die Wirkung auf die Gonokokken ist aber immer im Sinne der Vernichtung und Degeneration, da sehr oft schon den 2. Tag überhaupt keine Gonokokken zu finden sind, und wenn man sie findet, zeigen sie sehr oft Größenunterschiede und Formverschiedenheiten, während sie vor der Behandlung ganz typische Formen gezeigt haben. Neben dieser rein chemischen Wirkung auf die Gonokokken, muß auch eine andere Wirkung auf die Gonokokken bestehen, wie aus folgendem ersehen wird.

Digitized by Google

Den erwähnten 10 Fällen hatten sicherlich infolge der verschiedenen Inkubationsdauer und in Berücksichtigung ihrer so sehr verschiedenen klinischen Symptome auch ganz verschiedene pathologische Veränderungen zugrunde gelegen.

Wenn eine Gonorrhoe — wie das öfter der Fall ist — bei einer Inkubation von 3—4 Tagen, schon Infiltrate von Erbsengröße macht, wird höchstwahrscheinlich eine 8—10tägige Dauer in den meisten Fällen kleine submuköse Infiltrate zur Folge haben, welche durch eine bloße chemische Wirkung des Protargols nicht beeinflußt werden kann. Nehmen wir aber an, daß das Protargol imstande ist, die Gonokokken auch in der Tiefe irgendwie chemisch zu vernichten, so bleibt ein merkwürdiges und charakteristisches Symptom ganz ungeklärt, nämlich die starke Verschlimmerung eines sonst ganz leichten Prozesses, infolge einer nur 24stündigen Nachlässigkeit, nach einer unmittelbaren direkten chemischen Wirkung des Protargols. In allen 10 Fällen war der Erfolg ein sicherer, die Gonokokken wurden in der kürzesten Zeit vernichtet, so daß jede einzelne von den ersten 2 oder 3 Protargolinjektionen eine direkte Wirkung auf sie gehabt haben muß. Zur selben Zeit wurde der akute Prozeß beseitigt und der Boden für eine erfolgreiche Argentum-nitricum-Applikation geschaffen. Die Hauptwirkung kommt zweifellos der 1. Protargolinjektion zu, welche in diesem Fall einen Teil oder den größten Teil der Gonokokken sofort chemisch vernichtet haben muß.

Bei einer so starken und schnellen chemischen Wirkung irgend eines Präparates — in meinen Fällen Protargol — könnte noch immer ein Teil der Gonokokken zurückbleiben, auf welche diese chemische Wirkung des Protargols nicht stattgefunden hat; diese Gonokokken sind entweder intakt geblieben oder es wurde ihre Virulenz teilweise herabgesetzt, oder sie sind durch eine Art Reizwirkung noch virulenter geworden.

Eine ständige Erscheinung bei allen 10 Fällen ist das mikroskopische Bild, wie es sich am 2. Tage — nach der ersten 5%igen Protargolinjektion — präsentiert: die Gonokokken fehlen entweder oder sie sind nur ganz vereinzelt zu sehen von derselben Größe und Form, sehr oft aber auch von ganz verschiedenen unregelmäßigen, abgeplatteten, polygonalen Formen.

Ebenso war es bei den Fällen, welche am 2. Tag von der Behandlung wegblieben, regelmäßig zu konstatieren, daß tags darauf die Gonokokken stark vermehrt erschienen, über das ganze Gesichtsfeld zerstreut; im Einklange damit war auch das klinische Bild sehr verschlimmert. Wenn die Annahme richtig sein sollte, daß die Vernichtung der Gonokokken nur der chemischen Wirkung des Protargols zuzuschreiben ist, so bleibt die Frage offen, wie es möglich ist, daß diese wenigen zurückgebliebenen Gonokokken, auf welche sich die Protargolwirkung nicht erstreckt hatte, imstande sind, schon nach 24 Stunden so eine starke Verschlimmerung im mikroskopischen und klinischen Sinne hervorzurufen. Angenommen, daß ein Teil der Gonokokken durch das Protargol überhaupt nicht beeinflußt wurde bzw. vernichtet worden, sondern vielleicht sogar virulenter geworden sind, so entsteht die Frage, wieso diese Virulenzsteigerung nur bei den vernachlässigten Fällen innerhalb der ersten 24 Stunden und nie bei den richtig behandelten Fällen zu beobachten ist.

Digitized by Google

Angenommen, daß das Protargol auf die Gonokokken rein chemisch wirkt, kann man sich seine Wirkung auf tiefere Infiltrate nicht gut vorstellen, welche in meinen Fällen doch zweifellos bestanden hat; ganz besonders schwer verständlich wäre es 1. für Fall 6 mit den sicheren Zeichen einer Entzündung der hinteren Harnröhre, zu welcher das Protargol gar nicht gelangen konnte; 2. für Fall 10, bei welchen von Anfang an neben intrazellulären, diffus im Gesichtsfeld zerstreute extrazelluläre Gonokokken zu finden waren, als Ausdruck eines schon länger bestehenden Prozesses, mit stärkeren und tieferen pathologischen Veränderungen. Sollte auch nur ein kleiner Teil der Gonokokken vom Protargol unbeeinflußt geblieben sein, so wären doch wohl die durch sie bedingten krankhaften Veränderungen wahrscheinlich viel geringer, als zu Anfange — also vor Beginn der Behandlung —, und auf keinen Fall stärker.

Es steht also wohl fest, daß diese Verstärkung der pathologischen Veränderungen nur durch in ihrer Virulenz verstärkte Gonokokken zustande gekommen sein kann.

Jetzt bleibt nur noch die Frage zu lösen, warum diese Steigerung der Virulenz weder mikroskopisch noch klinisch bei den lege artis behandelten Fällen zu beobachten ist.

Es läßt sich also die Wirkung des Protargols auf Gonokokken rein chemisch auf keine Weise vollkommen erklären.

Neben der sicheren chemischen Wirkung des Protargols auf die Gonokokken im Sinne der Vernichtung, muß bei der Durchführung dieser abortiven Behandlungsmethode auf Grund der erzielten Resultate auch eine Wirkung im Sinne der Reaktion von seiten des Organismus auf die Gonokokken bestehen; diese ist hervorgerufen entweder durch das Protargol infolge einer chemischen Wirkung auf den Organismus selbst und dadurch auch indirekt wieder auf die Gonokokken im Sinne der Vernichtung, oder sie ist hervorgerufen durch die vernichteten Gonokokken und ihrer Wirkung auf noch zurückgebliebene Gonokokken.

Mit anderen Worten, entweder hat das Protargol eine Veränderung im Organismus hervorgerufen, welche den Gonokokken nicht mehr entspricht, und sie werden vernichtet; oder es haben die durch das Protargol vernichteten Gonokokken im Organismus solche Veränderungen oder Produkte hervorgerufen, welche die zurückgebliebenen Gonokokken desto mehr vernichten, je mehr solche Produkte entstehen, bis zum Schlusse alle vernichtet werden. Im 1. Falle müßten im Organismus Veränderungen im Sinne einer Immunität entstehen. Im 2. Falle würde dieser Prozeß einer Vakzination bzw. Autovakzination entsprechen, welche sich im Organismus selbst abgespielt hat.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona.

Sitzung vom 28. Januar 1923.

Vorsitzender: Arning. Schriftführer: Bruck.

Paul Unna: 2 Fälle von **Lepra** bei Portugiesen.

Meyerhoff: **Fall zur Diagnose.** Diese schwankt zwischen Pemphigus serpiginosus und Impetigo herpetiformis.

Philippson, Unna sen., Arning, Delbanco, Paul Unna: Es wird insbesondere der histologische Begriff der sogenannten Impetigo serosa, sowie die Abgrenzung der Impetigogruppe von der Pemphigusgruppe erörtert.

Wilhelm Unna: **Karzinom der Rippengegend.**

Delbanco: Es handelt sich histologisch um einen typischen Basalzellenkrebs, die relative Gutartigkeit erklärt auch die Erfolge der verschiedenen therapeutischen Methoden.

Lilienstein: 1. Fall von **Hyperkeratosis palmaris.**

2. Fall von **Spätsyphilid.**

Zimmern: Fall von **Dermatitis herpetiformis** oder **Pemphigus chronicus** bei 83jähr. Mann durch Bismogenolbehandlung gebessert.

Arning berichtet über den weiteren Verlauf der von ihm mit Wismut behandelten Duhring-Fälle. Ein Auftreten des Rezidivs wurde wieder günstig durch Wismut beeinflußt.

Brinitzer betont, daß solche Fälle wenig geeignet für therapeutische Versuche seien, da der Pemphigus und Duhring bei alten Leuten an sich schon eine gute Prognose gäbe und zu Remissionen neige.

Delbanco hat auch vereinzelt Fälle von Pemph. chron. adolescentium mit guter Prognose gesehen.

Paul Unna hat bei einem Pemphigusfall keinen Erfolg mit Wismut gesehen.

Wilhelm Unna: Fall von **Parapsoriasis.**

Delbanco hat in einem Fall Erfolge mit Wismut gesehen.

Kannegiesser-Bremen kann dies bezüglich seines Falles nicht bestätigen. Er sah Günstiges von Einreibung mit 25% Jodipin.

Patzschke demonstriert:

1. einen Fall von **Mycosis fungoides,** bestehend seit 7 Jahren. Seit 4 Jahren ausgeprägte Tumorbildung. Rückgang auf Röntgen- und Radiumbestrahlung. In letzter Zeit nur noch geringe Beeinflussung durch Strahlen.

Diskussion: Philippson, Lilienstein.

2. **Pityriasis rubra** bzw. Erythrodermie bei einem 64jähr. Manne. Die Dermatitis besteht erst seit $^3/_4$ Jahren. Keinerlei Zeichen von Tuberkulose nachweisbar. Dagegen ergab die Nierenfunktionsprüfung eine verlangsamte Ausscheidung der aufgenommenen Flüssigkeitsmenge und die Unfähigkeit, konzentrierten Urin auszuscheiden.

Diskussion: Philippson, Paul Unna.

3. **Erythema induratum** bei einem 19jähr. Mädchen. Im Herbst und Winter kommt es schon seit 4 Jahren zur Entwicklung des Krankheitsbildes, während im Sommer eine Besserung beobachtet wurde. Heilung durch 5 Ponndorf-Impfungen. Bemerkenswert ist, daß der Großvater der Pat. an Meningitis tub. gestorben ist, die Mutter an Halsdrüsentuberkulose leidet, 2 Brüder an Lungentuberkulose zugrunde gegangen sind, eine Schwester noch wegen Bauchfelltuberkulose behandelt wird.

4. Vorstellung eines 27jähr. Pat., der Anfang 1913 wegen **primärer seropositiver Lues** mit 6 Altsalvarsanspritzen und Schmierkur behandelt wurde. Wiederholt ausgeführte Blutuntersuchungen bis November 1918 ergaben stets eine negative WR. Seitdem keine Blutuntersuchungen bis November 1922, wo der Pat. mit Gummen in der Nase und auf beiden Tonsillen erkrankte. WR ++++.

Delbanco: Demonstration einer 24stündigen Gonokokkenkultur auf **Milchsäurenährboden** nach Lorenz (M. m. W., 1922, Nr. 49). Kurzer Bericht über die Resultate der von Delbanco und Lorenz ausgeführten biologischen Versuche mit Gonokokken (diese Zeitschr., 1922, Nr. 48).

Patzschke: **Zur Ätiologie der Menstrualexantheme.**

Der Vortragende berührt kurz die Kreibichsche Angioneurosentheorie und die Toxintheorie von Török, die mehr die Pathogenese als die Frage der Ätiologie unter-

Digitized by Google

suchten. Will man die Ätiologie wirklich klären, so sind folgende Fragen zu beantworten: 1. Wird während der Menstruation überhaupt ein Gift ausgeschieden? 2. Wenn ja, steht dieses in Beziehung zu den Menstrualexanthemen?

Ad 1. Zusammen mit E. Sieburg prüfte der Vortragende den Schweiß von menstruierenden und nicht menstruierenden Frauen. Es wurde an biologischen Präparaten (Kaninchendünndarm, Froschherz) festgestellt, daß in den ersten Tagen der Menstruation Cholin bzw. ein dem Cholin sehr nahestehender Körper ausgeschieden wird, und zwar 200 bis 600 mg Cholin auf 1 Liter Flüssigkeit berechnet.

Ad 2. Cholin wirkt entzündungserregend. Cholin entsteht bei der Röntgenbestrahlung (Werner, Schwarz). Durch vorherige Injektion von Cholin findet eine Sensibilisierung der Haut für Röntgenstrahlen statt. Cholin hat eine besondere Affinität zur Haut (Ellinger). Wenn es zur Entstehung eines Exanthems kommen soll, müssen aber noch mehrere Faktoren mitwirken, vielleicht die Schilddrüse bzw. ein sympathikotonischer Symptomenkomplex. Der Beweis, daß das Cholin wirklich die Substanz ist, die zu Menstrualexanthemen bei besonders disponierten Individuen führt, würde erbracht sein, wenn es gelänge, bei einer an Dermatitis dysmen. symmetrica leidenden Pat. in der menstruationsfreien Zeit durch Cholininjektionen das Exanthem entstehen zu lassen.

Diskussion: Kafka, Ritter, Richter, Antoni, Philippson.

Ernst Friedrich Müller: **Über Beziehungen der Haut zum autonomen Nervensystem.**

Vortragender berichtet über die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Bedeutung der Haut für das Zustandekommen verschiedener Immunitätsreaktionen. Er geht von einer noch unbekannten Beobachtung aus, daß durch intrakutane Injektionen an sich reizloser Stoffe (Aolan) eine auffallende Verminderung der Leukozyten im peripherischen Blut zu erreichen ist, die durch andersartige Injektionen nicht zustande kamen. Als Ursache dieses Phänomens wurden Sekundärerscheinungen an bestimmten Abschnitten des autonomen Systems nachgewiesen, die infolge aktiv in der Haut entstandener Impulse ausgelöst werden; die Verhinderung oder Verhütung der Wirkung durch pharmakologische Gifte beweist das Vorhandensein enger Beziehungen zwischen der Haut und dem autonomen Nervensystem und gewährt ganz neue Einblicke in die von der Haut auslösbaren biologischen Wirkungen auf das Blutbild und auf andere Organe und erklärt das Zustandekommen der Hautreaktionen.

Kleinschmidt: **Aus dem Grenzgebiet der Kinderheilkunde und Dermatologie.**

Das chronische, häufig rezidivierende und überaus hartnäckige Ekzem der Kinder in den Gelenkbeugen, im Nacken, an den Streckseiten der Hände, den Fingern, im Gesicht und zuweilen am ganzen Körper lokalisiert, gewöhnlich symmetrisch angeordnet und regelmäßig mit starkem Juckreiz verbunden, ist ätiologisch sehr verschieden beurteilt worden. Die Zugehörigkeit zur Skrofulose und damit Beziehungen zur Tuberkulose müssen auf Grund des Beginnes meist im Säuglingsalter und negativer Tuberkulinproben mit Bestimmtheit abgelehnt werden. Ebenso unberechtigt ist die Zurechnung zu den Manifestationen der exsudativen Diathese, vor allem, weil die Erkrankung im Gegensatz zu dieser diätetisch unbeeinflußbar ist. Es handelt sich vielmehr um eine neurogene Dermatose (Brocq, Czerny, Epstein und Neuland). Alle mit der Erkrankung behafteten Kinder sind Neuropathen, auf deren mannigfaltige Krankheitserscheinungen kurz eingegangen wird; in der Aszendenz ebenfalls neuropathische Züge, zuweilen die gleichen Hautveränderungen. Es lassen sich allerlei Beispiele beibringen für die Verschlimmerung des Leidens oder das Auftreten von Nachschüben unter dem Einfluß psychischer Einwirkungen. Der Juckreiz, der exzessive Formen annehmen kann, ist das primäre, man kann des öfteren beobachten, wie er bei Tadel, Ärger im Spiel oder bei Schularbeiten auftritt. Wichtig sind Konflikte zu Hause und in der Schule. Auch aus den Erfolgen der Therapie geht der Zusammenhang mit dem Nervensystem hervor. Der Einfluß lokaler Maßnahmen tritt zurück hinter dem Erfolg einer genauen Rücksichtnahme auf die neuropathische Konstitution des Kindes, was wiederum im einzelnen erörtert wird.

Arning gibt die Wichtigkeit psychogener Momente zu, glaubt aber doch den diätetischen Einflüssen bzw. der Änderung einer fehlerhaften Diät eine ausschlaggebende Rolle beimessen zu müssen.

Kleinschmidt (Schlußwort): Die Kinder gelangen erst dann zu ihm, wenn sie von dermatologischer Seite erfolglos behandelt worden sind. In keinem der zahlreichen Fälle waren die Angehörigen auf die Beziehungen des Nervensystems zu der Hauterkrankung aufmerksam gemacht worden.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

1922, Bd. 16, H. 11.

Der endemische Blasenstein in Siam, von Otto Schneider-Cuxhaven. S. 473. Verf. berichtet über seine dortigen Erfahrungen. Es finden sich Zystensteine, Pfeifensteine in allen Lebensaltern. Die Operation, die die meisten und besten Resultate bietet, ist die Sectio alta. Die Lithotrypsie kommt seltener in Betracht.

Die Ovispermia bilharzica (Eiersamen bei Bilharziakrankheit), von E. Pfister-Dresden. S. 488. Bei der Bilharziakrankheit enthält das Sperma neben Spermatozoen auch Eier. Auch blutiges Sperma ist sehr häufig das Anfangsstadium. Der hauptsächlichste Befund sind die Eier (neben Blut, Eiter), wofür der Verf. die Bezeichnung Ovispermie vorschlägt. Bezüglich der Herkunft der Eier sah man bisher die Samenblasen als Ursprungsstelle an, sicher stammen sie aber auch aus der Prostata.

Induratio penis plastica, von R. Rothschild-Frankfurt a. M. S. 490. Sie ist eine Folge der Überbelastung der Hüllen des Penis, die ihren Ausgangspunkt von der Stelle des größten Druckes nimmt und von da in das angrenzende Bindegewebe weitergreift. Als Folge zu starker Inanspruchnahme des Gewebes durch venerische Exzesse oder erhöhten Blutdruck oder direkten Druck auf das Gewebe oder infolge von Blutungen in das Gewebe, kann das vorhandene Bindegewebe einen formativen Reiz erhalten, so daß es einerseits Bindegewebe, andererseits Knorpel oder Knochengewebe entstehen läßt.

Zu dem Schröderschen Artikel Merlusan in der Syphilis und Gonorrhoetherapie, von Franz Hayn-Plauen i. V. S. 495. Verf. wendet sich gegen die Beweisführung der Heilerfolge Schröders und konnte selbst keine so wirksamen Erfolge aufweisen.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

The Urologic and Cutaneous Review.

Dezember 1922, Bd. 26, Nr. 12.

Ein Fall von ungewöhnlichem Stein in der Blase eines Jünglings (A Case of Unusual Stone in the Bladder of a Youth), von Victor Cox Pedersen und Michele Iovine-New York, N. Y. Seit dem Alter von 3 Jahren bestanden Schmerzen und Beschwerden, die sich von Zeit zu Zeit wiederholten, wegen deren eine Behandlung jedoch niemals stattgefunden hatte. Ob die Beschwerden auf Abgang von Gries oder Steinen beruhten oder auf anfallsweise auftretender intensiver Bakteriurie, die die Grundlage des bei der Aufnahme vorhandenen Steines war, ließ sich nicht mehr feststellen. Der typische Maulbeerstein wurde durch Blasenschnitt entfernt. Zwei andere, bereits früher veröffentlichte Fälle von ungewöhnlichen Steinen bei Jünglingen werden anhangsweise mitgeteilt.

Transplantation eines Stückes einer Hundeaorta zum Ersatze eines gleichen Stückes einer zerstörten menschlichen Harnröhre (Transplantation of a Portion of a Dogs Aorta to Replace a Like Portion of a Human Urethra which had Been Destroyed), von James N. Vander Veer und John E. Heslin-Albany, N. Y.

Ein alter Harnbeschauer (An Ancient Uroscopist), von William Renwick Riddle-Toronto, Canada.

Allgemeine Übersicht über die neuen Arsen- und Wismutpräparate bei Syphilis (General Review of the New Arsenic and Bismuth Preparations in Syphilis), von M. Pomaret-Paris. Für die intravenöse Behandlung bleibt Salvarsan das geeignetste Präparat, doch wird durch das neu hergestellte Präparat 132 (Aminoarseno-

Digitized by Google

phenol) eine bisher bestehende Lücke ausgefüllt, indem es eine intramuskuläre Behandlung ermöglicht, mit der dieselben Resultate wie mit der intravenösen zu erzielen sind; außerdem werden dadurch die unangenehmen Nebenwirkungen (Chok, nitritoide Krisen) vermieden und eine intensive Behandlung bei Personen ermöglicht, die Intoleranz gegen intravenöse Behandlung zeigen. Die Wismutbehandlung bedarf noch weiteren Studiums; sie kommt besonders bei Resistenz gegen Quecksilber und Arsen in Betracht, vielleicht auch nach neueren Beobachtungen bei Nervensyphilis. Die Nebenerscheinungen, besonders an der Mundschleimhaut, werden bei Injektionen der löslichen Salze auf ein Minimum reduziert. Wismut kann in stärkeren Dosen gegeben werden als Quecksilber und übertrifft dieses an Wirksamkeit, in der Wirkung auf die WR wird es jedoch vom Arsen wesentlich übertroffen. Als Medikation der Zukunft erscheint die kombinierte Arsen-Wismutbehandlung, die die schnelle Wirkung des einen Mittels auf die Spirochäten mit der des anderen auf die WR vereinigt und besonders in Betracht kommt, wo starke und schnelle Wirkung erwünscht ist.

Chaulmoogra-Öl bei der Behandlung der Nierentuberkulose. Bericht über zwei Fälle (Chaulmoogra Oil in the Treatment of Renal Tuberculosis. Report of two Cases), von Robert L. Cowen-Detroit, Mich. Es wurden Besserungen erzielt, das Mittel wurde gut vertragen, auch örtlich bei entzündeter Blase übte es keinen Reiz aus und wirkte mildernd.

Fremdkörper in der Harnröhre (Foreign Body in Urethra), von Chas. W. Olsen und William Sweeney-Chicago, Ill. Haarnadel, die von einem 67jähr. Manne anscheinend bei masturbatorischen Manipulationen hineingebracht war.

E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Prophylaxe und Therapie der Syphilis mit einem Derivat des essigsauren Oxyaminophenylarsins (Natronsalz) (Action préventive et curative dans la syphilis du dérivé acétylé de l'acide oxyaminophénylarsinique), von C. Levaditi und Navarro Martin. (Compt. rend. des séanc. de l'Acad. des Sciences, 1922, Bd. 174, S. 893.) Das Medikament beugt der Syphilis vor und bewirkt rapide Vernarbung der Effloreszenzen, sowohl beim Tier wie beim Menschen. Die Applikation erfolgt per os. Über definitive Heilungserfolge läßt sich noch nichts aussagen. H. Soltmann-Leipzig.

Bemerkungen zur phlogetischen (Leukozytose-) Therapie und über ein neues Mittel für die Therapie der Metalues, von Oskar Fischer-Prag. (Med. Kl., 1922, Nr. 19, S. 594—597.) Das Präparat, das sehr tiefgehende Abbauprodukte enthält, heißt Phlogetan. Es ist für die Therapie der metaluetischen Erkrankungen dem Natrium nucleinicum überlegen. Bei der phlogetischen Therapie sind nicht die Eiweißkörper, sondern deren Abbauprodukte das wirkende Mittel. Deshalb müssen bereits fertige Abbaukörper injiziert werden; man erspart dadurch dem Körper eine vielleicht unnötige Arbeit. Die Empirie hätte festzustellen, ob verschiedenen Abbaukörpern auch verschiedene Indikationen zukommen. Jedenfalls kann man gegebenenfalls eine mächtigere Massenwirkung erzielen und eliminiert auch gleichzeitig die Gefahr der Anaphylaxie.

G. Heymann-Elbing.

Anwendung von Wismut in der Syphilisprophylaxe (Emploi du bismuth dans la prophylaxie de la syphilis), von R. Sazerac und C. Levaditi. (Compt. rend. des séances de l'Acad. des Sciences, Januar 1922, Bd. 174, S. 128.) Das Kalium- und Natrium-Wismuttartrat wirkt vorbeugend, wenn es als Salbe auf die infizierte Gegend 1—4 Stunden nach der Infektion appliziert wird; ebenso bei intramuskulärer Injektion in kleinen Dosen. Per os verzögert es den Ausbruch der Syphilis.

H. Soltmann-Leipzig.

Wirkung einiger Wismutpräparate auf Syphilis (Action de certains dérivés du bismuth sur la syphilis), von R. Sazerac und C. Levaditi. (Compt. rend. des séances de l'Acad. des Sciences, Dezember 1921, Bd. 173, S. 1201.) Unter den Wismutpräparaten — zitronensaurem, ammoniakalischem Wismut, milchsaurem, gallensaurem

Digitized by Google

und weinsteinsaurem Wismut — ist das Natron- und Kaliumsalz des letzteren das wirksamste und geeignetste für den Menschen, relativ wenig giftig, allerdings weniger wirksam als die anderen Präparate. H. Soltmann-Leipzig.

Behandlung der Syphilis mit intravenösen Einspritzungen von kolloidalem Wismut (Traitement de la syphilis par des injections intraveneuses de bismuth colloidal), von Galliot. (J. d. Méd. de Paris, 1922, Nr. 26.) Das Mittel stellt eine schwarze gelatinöse Flüssigkeit dar, die vor dem Gebrauche in den Ampullen, in denen sie enthalten ist, im Wasserbade auf 80 erwärmt werden muß. Die Verträglichkeit ist eine gute, die auftretende Gingivitis sehr gering. Nach der ersten Einspritzung bisweilen geringe Temperatursteigerung. Spirochäten nach einer Einspritzung von der Oberfläche geschwunden, Schanker nach 4 Einspritzungen überhäutet. WR regelmäßig schwächer werdend und schwindend. Die Behandlung besteht in 20 Einspritzungen = 500 mg Wismut, nach 2—3 Wochen Wiederholung. Das Mittel kann als aktivstes und am wenigsten giftiges der gebräuchlichen Wismutpräparate angesprochen werden, vielleicht ist es etwas weniger aktiv als Salvarsan. E. Levin-Berlin.

Zur Bismuttherapie der Lues, von P. WoltER, Pharm. Institut Zürich. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 28.) Bei der Bismuttherapie sind die Tatsachen zu berücksichtigen, daß der Organismus die Fähigkeit hat, Bismut in Lösung zu bringen und dieses zu Intoxikationen schwerster Art führen kann. Versuche mit intramuskulären Einspritzungen des (unlöslichen) französischen Originalpräparates Trépol beim Kaninchen ergaben, daß bei radiologischer Verfolgung der Resorption diese sehr langsam erfolgte; noch nach 34 Tagen waren große Depots vorhanden, so daß bei in unberechenbarer Weise erfolgenden plötzlichen größeren Resorptionsschüben mit schweren akuten Vergiftungen gerechnet werden muß. Es ist daher auf genaue Dosierung im Sinne der Resorption und Umwandelung zu achten. E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der Syphilis mit Wismut, von Hugo Müller-Mainz. (M. m. W., 1922, Nr. 15, S. 547.) Den Silbersalvarsan- und Altsalvarsanerfolgen gleichendes rasches Schwinden von Syphiliserscheinungen jeder Art, langsameres der Spirochäten, rascheres des Oedema indurativum, der Drüsenschwellung und der Schankerhärte. Die intraglutäale Injektion ist sehr schmerzhaft, aber wegen der Gefahr der hier drohenden Giftwirkung der endovenösen vorzuziehen. Der Wismutsaum am Zahnfleisch ist fast die Regel, hat aber nur bei schlechten Zähnen Stomatitis zur Folge. Hautreizungen wurden nicht, andere Komplikationen nicht mit Sicherheit beobachtet. Verwendet wurde eine Ölsuspension von Kal.-Natr.-Wismuttartrat.
A. v. Notthafft-München.

Ulcus molle, Granuloma venereum usw.

Die Behandlung des weichen Schankers mit Serum und mit Vaksine (Sérothérapie et vaccinothérapie du Chancre mou), von L. Cheinisse. (Presse méd., 1921, Nr. 95, S. 941.) Verf. bringt Auszüge aus den Publikationen von Rennstierna-Stockholm und von Stümpke-Hannover und erinnert an die Arbeiten, welche Tetsuta Ito bei Bruck-Breslau ausgeführt hat. Sowohl die von Rennstierna mit einem Serum als auch die von Stümpke mit einem Vakzin aus Schankerbazillen ausgeführte Behandlung erscheint ihm beachtenswert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Lokale Anwendung von 914 als Behandlung des weichen Schankers (Applications locales de 914 comme Traitement du Chancre mou), von H. Marchand. (Lyon Méd., 1922, Bd. 131, Nr. 11.) Die Anwendung einer 3%igen Neosalvarsanlösung bedingt eine schnelle (im Durchschnitt in 3—14 Tagen) und sichere Heilung; sie ist fast schmerzlos, nur in sehr stark entzündlichen Fällen wurden die Läsionen vorher kokainisiert. Das Auftreten von Bubonen wurde regelmäßig verhütet, gute Erfolge auch bei einem fluktuierenden und inzidierten sowie bei einem schankrösen Bubo. E. Levin-Berlin.

Vierte Geschlechtskrankheit? (La quatrième maladie vénérienne? Lymphogranulomatose inguinale subaigue; ulcère vénérienne adénogène; Poragénolymphite suppuré bénigne à forme septicémique; bubon climatique; micro chancre poradénique etc.), von Louis Bory. (Progr. m., 1922, Nr. 32.) Eine zutreffende Bezeichnung ist für die Erkrankung noch nicht gefunden. Beschreibung der charakteristischen Drüsenerscheinungen, der meist vorhandenen geringen erosiven Erscheinungen der Genitalien, in denen Spirochäten und Streptobazillen stets negativ, und der Allgemeinerscheinungen. WR meist schwach positiv. Behandlung: Ausbrennen des Schankers, Einspritzungen in die Bubonen von Jod-Xylol-Öl oder Jodoform-Xylol-Öl. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Blennorrhoe.

a. Ätiologie.

Färberische Versuche über die Degeneration von Gonokokkenkulturen und Gonovakzine, von A. Buschke und F. Harry-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 32, S. 1068—1069.) Färberische Versuche zeigten, daß Gonokokken bereits auf dem Nährboden wichtiger Bestandteile, nämlich der sauren Eiweiße und der Nukleinsäure verlustig gehen. Diese chemische Degeneration trat bei einzelnen Stämmen bereits nach 24stündigem Wachstum, bei anderen wiederum erst nach 2—4maliger Überimpfung auf. Die Gonokokken finden entweder auf dem Nährboden nicht die für sie erforderlichen Lebensbedingungen, oder der Degenerationsvorgang ist der Ausdruck des Wesens des d'Hérelleschen Phänomens. Schließlich besteht noch die Möglichkeit, daß die ausgetretene Substanz das d'Hérellesche Virus selbst darstellt. Entsprechend diesen Befunden dürfen zur Vakzinebereitung nur solche Stämme verwendet werden, die noch keine Degenerationserscheinungen aufweisen. F. Harry-Berlin.

Ein Beitrag zur Frage der spezifischen Ätiologie gonorrhoischer Exantheme, von E. Paschen und Ernst Jentz. (Med. Klin., 1922, Nr. 14, S. 428—431.) Es handelt sich um die klinische und histologische Beschreibung eines Falles von petechialen Eruptionen bei Gonokokkämie, in dem es zum erstenmal gelungen ist, histologisch die Gonokokken nachzuweisen. G. Heymann-Elbing.

b. Pathologie und Klinik.

Tripper beim Weibe vom Gesichtspunkte einer Herdinfektion aus (Gonorrhea in Women from the Aspect of a Focal Infection), von Francis Ward Langstroth-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 1.) Nach Hervorhebung der beträchtlichen Zunahme der Erkrankung und der häufigen Verkennung der Schwere ihrer Bedeutung wird besonderer Wert auf die der Infektion der Zervix stets folgende sekundäre Infektion gelegt, welche oft die Ursache schwerer System- und Nervenstörungen ist. In der Mehrzahl der Fälle ist der einzige Weg, auf welchem die Erkrankung völlig ausgerottet werden kann, die chirurgische Entfernung der Skeneschen und Bartholinischen Drüsen und des Endometriums der Zervix. E. Levin-Berlin.

Über Gonorrhoe und deren Behandlung bei Frauen, von Bucura-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 29, S. 1237—1241 und Nr. 32, S. 1346—1350.) Übersichtsreferat. Mit der makroskopischen Beschaffenheit des Sekretes ist nicht viel anzufangen, rein eitriges braucht nicht blennorrhoisch zu sein, wasserklares Sekret kann Gonokokken enthalten. Gerade bei Erkrankung der Adnexe kann die Blennorrhoe der äußeren Abschnitte zeitweilig oder dauernd völlig ausheilen. Therapie: 1. Lokale bei oberflächlicher Erkrankung, Beginn erst nach Abflauen der akuten entzündlichen Erscheinungen, da das vulnerabele Gewebe sonst durch Schädigung zum Tiefergreifen des Prozesses führt. Wirken die Medikamente koagulierend, so verhindern sie Tiefenwirkung, daher am besten organische, kolloidale Silberverbindungen und Farbstoffe; Methylenblau, Trypaflavin, auch die Preglsche Jodlösung. Bei tiefersitzenden Herden Vakzinebehandlung. 2. Vakzinebehandlung, spezifische und unspezifische und unabgestimmte auch bei Metastasen. Die folgenschwerste Lokalisation ist das Uteruskavum. Von hier aus immer wieder Abfluß in die unteren Partien, Aszension in die oberen. Daher Behandlung und Ausheilung der Uterusblennorrhoe unerläßlich. Alle drei Methoden sind gleichwertig: Spritze mit dünnstem Kanülenansatz (1—2 mm), lösliche Stäbchen, watteumwickelte Sonden. Vermeiden: jede Dislokalisation des Uterus, auch geringste, mechanische Verletzungen; jeder mechanische, thermische, chemische Reiz ist auszuschalten. Die Behandlung muß nur dem vollausgebildeten Fachmann reserviert bleiben. Bei allen über die Uterusschleimhaut hinausgreifenden Erkrankungsherden muß die Vakzinebehandlung eingreifen. Geheilt ist die Blennorrhoe, wenn nach Aussetzen der Behandlung zwölf Wochen lang die Gonokokken nicht nachgewiesen werden konnten. Provokation: Vakzine, Coitus condomatus, Verbot von Scheidenspülungen. Jeder operative Eingriff ist zu vermeiden, solange Gonokokken vorhanden sind. Später eventuell Operation bei Adhäsionen. Nur Abszesse am inneren Genitale müssen eröffnet werden. H. Soltmann-Leipzig.

Tripperinfektion und Schwangerschaft (Gonococcie et gestation), von Couvreux. (Progr. méd., 1922, Nr. 37.) Von den Schwangeren können 15—20% als mit Tripper infiziert gelten. Die auch sonst gewohnten Komplikationen können auch während der Schwangerschaft auftreten, besonders Gelenkentzündungen, im speziellen ist die Erkrankung

Digitized by Google

die Ursache von Abort und Frühgeburt. Während des Geburtsaktes kommen in Betracht Retentionen der Plazenta infolge von Endometritis und weiter Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen. Im Puerperium häufig Endometritis, Adnexerscheinungen, ausnahmsweise allgemeine Peritonitis, Gonokokkensepsis. In der späteren Zeit sind Adnexerkrankungen besonders häufig in der dritten und siebenten Woche. Die Prognose ist nicht so schwer, wie oft angenommen wird, doch tritt nicht selten sekundäre Sterilität ein. Behandlung in der Gravidität: Spülungen mit Kal. permang. 1:1000, im Wochenbett bei reichlichen blutigen Lochien, großem, empfindlichen Uterus: Eisblase.
E. Levin-Berlin.

Appendizitis und Gonorrhoe, die beiden häufigsten Ursachen der chronischen Entzündung der Tuben und Ovarien, von W. Förster-Suhl. (D. m. W., 1922, Nr. 28, S. 942.) Verf. wendet gegen die Ausführungen von A. Müller in Nr. 24 ein, daß nicht alle Beschwerden auf den Blinddarm zurückgeführt werden dürfen. Ebenso steht das Exsudat im kleinen Becken nicht immer mit einer chronischen Appendizitis in Zusammenhang.
F. Harry-Berlin.

Latente Gonokokkeninfektion, aufsteigende Pyelonephritis, Heilung durch Vakzinetherapie (Gonococcie latente, pyélonéphrite ascendante. Guérison par vaccinothérapie), von Roussille und Traband. (Progr. m., 1922, Nr. 36.) 16 Jahre zuvor anscheinend geheilter Tripper, keine Störungen, auch in der Ehe. Eine zunächst aufgetretene Grippe scheint das auslösende Moment für das Wiederaufflackern des Trippers abgegeben zu haben.
E. Levin-Berlin.

Die Beteiligung der Knochen bei Arthritis gonorrhoica, von Kamnitzer-Moabit. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 2, S. 44—46.) Bei der Arthritis gonorrhoica unterscheidet man zwei Verlaufsarten, den gonorrhoischen Gelenkerguß und die gonorrhoische Kapselphlegmone. Als besonderes diagnostisches Kennzeichen für das Trippergelenk gilt in Deutschland das Freibleiben des Knochens von destruktiven Prozessen. Höchstens Knochenatrophien werden zugegeben. Diese Ansicht ist neuerdings nicht mehr haltbar, denn Knochenveränderungen sind nach neueren Angaben in der Literatur nicht beweisend für Tuberkulose oder Lues, sondern kommen auch bei schweren gonorrhoischen Monarthritiden vor. Die Frage, ob es sich bei der gonorrhoischen Infektion, die zur Knochenzerstörung führt, um embolische oder primär osteomyelitische Prozesse handelt, ist noch ungelöst. Verf. führt dann die Krankengeschichte einer 30jähr. Blennorhoepatientin an mit schweren destruktiven Knochenprozessen in den linken Handwurzelknochen.
G. Aßmann-Kiel.

c. Therapie.

Gefahren der Abortivbehandlung der Gonorrhoe, von Fuchs-Breslau. (M. m. W., 1922, Nr. 17, S. 622.) Bei zwei Kranken, an welchen mit 4%igem Albargin ein Abortivverfahren durchgeführt worden war, bildeten sich vier Monate bzw. drei Jahre später schwere Strikturen aus. Fuchs glaubt, daß die zu starke Albarginlösung das getan habe. Er glaubt aber auch, daß eine blennorrhoische Striktur in der Regel Dezennien zu ihrer Ausbildung braucht.
A. v. Notthafft-München.

Heilfieber-Serum-Stauung und Impfung mit Eigensekret bei Urethritis gonorrhoica, von Paul Schmidt-Hannover. (Med. Klin., 1922, Nr. 15, S. 467—469.) Beschreibung der Milch-Dionin-Behandlung. Der erhöhte Serumaustritt ist das wirksamste Prinzip der Entzündung. Er zeitigt im Heilfieber künstlich verstärkt geradezu phänomenale Heilerfolge.
G. Heymann-Elbing.

Das Urethroskop als Hilfsmittel bei der Diagnose und Behandlung des Trippers (The Urethroscope as an Aid in the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea), von Cecil C. Brown. (Edinb. m. J., August 1922, Bd. 29, Nr. 2.) Die Anwendung des Urethroskopes ist in allen Tripperfällen erforderlich, sobald die akuten Erscheinungen geschwunden sind. Kontraindikationen bilden außer diesen häufige akute Exazerbationen, Komplikationen im akuten oder subakuten Stadium, gewisse anatomische Defekte, z. B. enger Meatus. Für die Untersuchung ist Anästhesierung im allgemeinen überflüssig, hingegen für operative Eingriffe von großem Werte (Novokain $^1/_2$—2%). Besprechung des normalen Harnröhrenbefundes und der pathologischen Erscheinungen an der Hand einer Reihe von Fällen.
E. Levin-Berlin.

Schwere Komplikation des Trippers und Vakzinebehandlung (Complication grave de la blennorrhagie et traitement par les vaccines antigonocciques), von Galliot. (J. de Méd. de Paris, 1922, Nr. 5.) Eine seit vielen Jahren bestehende, zeitweise exazerbierende Blennorrhoe zeigt ausgebreitete Gelenkerscheinungen und Iritis. Während

Digitized by Google

die Gelenkerscheinungen auf Salvarsan schwanden, nahmen die okulären Erscheinungen beträchtlich zu und gingen dann rapide nach intramuskulärer Vakzineeinspritzung zurück. Die Blennorrhoe selbst blieb unbeeinflußt. E. Levin-Berlin.

Die Vakzinetherapie des Trippers (La Vaccinothérapie anti-blennorrhagique). von Arthur Grimberg. (J. de Méd. de Paris, 1922, Nr. 5.) Wichtig ist die Tatsache, daß mit der Dauer des Bestehens neben den Gonokokken steigend andere Keime (Staphylokokken, B. coli, Pyozyaneus) auftreten, die bei der Vakzinetherapie zu berücksichtigen sind. Die erforderliche Dosis bei der Vakzinetherapie muß durch die Reaktion des Patienten ausgeprobt werden. Autovakzinen können so hergestellt werden, daß sie sämtliche bei dem Kranken gefundenen Keime oder nur einen derselben enthalten. Die Herstellung einer reinen Gonokokkenvakzine von dem Kranken scheint keine Vorteile gegenüber den Stammvakzinen zu bieten, da die Theorie der unter sich verschiedenen Gonokokkenstämme nicht bewiesen ist; umgekehrt liegen die Verhältnisse bei den sekundären Infektionen, bei denen nur die Autovakzinen sicher wirksam sein können. Stammvakzinen mit den häufigsten sekundären Keimen sind zu verwerfen, sie können eher schädlich wirken. Deshalb muß die Therapie meist eine kombinierte sein, Stammvakzine für die eigentliche Blennorrhoe, Autovakzine für die sekundäre Infektion. Der subkutane Weg der Anwendung ist vorzuziehen. Im akuten Stadium sind die Erfolge ungünstig, im chronischen ist die kombinierte Methode fast stets erfolgreich.

E. Levin-Berlin.

Yatren in der Gonorrhoebehandlung, von C. O. Herbeck-Berlin-Niederschönhausen. (M. m. W., 1922, Nr. 11, S. 399.) Yatren ist 5 Jod—8 Oxychinolin—7 Sulfosäure. Es wird in 5%iger Lösung endovenös gegeben. Die Erfolge bei männlicher und weiblicher, akuter und chronischer, komplizierter und unkomplizierter Blennorrhoe, im besonderen aber bei den chronischen und komplizierten Formen, sollen gut sein. Die Wirkungsweise wird als Bakterientötung und Zellreizung gedeutet.

A. v. Notthafft-München.

Zur Argochromtherapie der Gonorrhoe, von Heinrich Ludwig-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 12, S. 538.) Bei blennorrhoischen Komplikationen, die sich gegen andere therapeutische Maßnahmen hartnäckig zeigten, wurde ein Methylenblausilberpräparat, Argochrom, angewandt. Applikation: intravenös, beginnend mit 0,05, ansteigend bis 0,2, und zwar je 0,1 auf 10 ccm Flüssigkeit, in 2—3tägigen Intervallen. Paravenöse Injektion erzeugt große Schmerzhaftigkeit und lang andauernde Infiltrate. Unmittelbar nach Injektion Blaufärbung des Gesichtes und der sichtbaren Schleimhäute, sowie des Harnes, nach kurzer Zeit schwindend. Günstige Wirkung auf Schleimhaut der Blase, besonders der hinteren Harnröhre, auch des Nierenbeckens und der Ureteren. In den mit Pyelitis komplizierten Fällen kam die Wirkung der mit Neosalvarsan zumindest gleich, in einem Fall von Posterior, mit Zystitis und Pyelitis kompliziert, bei dem lokale Therapie und Neosalvarsan versagten, führten vier Injektionen vollständige Klärung herbei. Bei der Mehrzahl der Fälle mit Zystitis genügte eine Serie von Argochrominjektionen zur dauernden Klärung des Urins. Die Wirkung auf Epididymitis und Arthritis ist der der Vakzinetherapie ungefähr gleich zu stellen. Weniger gut war der Erfolg bei weiblicher Blennorrhoe: Exazerbationen des Prozesses wurden nie beobachtet.

H. Soltmann-Leipzig.

Argochrom in der Praxis, von R. Weil. (W. m. W., 1922, Nr. 17, S. 742.) Verf. sah bei septischen Prozessen prompten Temperaturabfall bis zur Norm, der gewöhnlich 24—48 Stunden oder länger anhielt. Bei anderen mit hohem Fieber einhergehenden Infektionskrankheiten (Typhus abd., Miliartuberkulose, Malaria) keine Wirkung. Empfohlen wird nur die von Merck gelieferte Lösung, in schweren Fällen mit hohen Dosen (1 g pro die) beginnen (0,2 intravenös) und erst nach 3—4tägiger Afebrilität mit dem Mittel aussetzen.

H. Soltmann-Leipzig.

Über die Behandlung gonorrhoischer Komplikationen mit Mirion, von St. R. Brünauer-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 20, S. 459—461.) In einer Anzahl mit Vakzine, Wärme oder Proteinkörpern behandelten Fällen von blennorrhoischen Komplikationen (Epididymitis usw.), bei denen entzündliche Schwellung, bzw. derbe, leicht schmerzhafte Knoten zurückblieben, wurde das Benkösche Jodpräparat „Mirion" angewendet, das den Vorzug hat, daß einerseits molekulares Jod innerhalb des Körpers abgespalten und im pathologischen Gewebe gespeichert wird. Die meisten subakuten Fälle mit entzündlichen, derben Infiltraten gelangten vollständig zur Rückbildung; ganz veraltete Fälle mit narbiger Ausheilung blieben unbeeinflußt, ganz frische mit deutlich wahrnehmbarer Beteiligung der benachbarten Gewebe (Tunica vaginalis usw.) erfuhren

Digitized by Google

eine Steigerung des Entzündungsprozesses. Die Applikation erfolgte in intramuskulären Gaben von je 5 ccm Mirion mehrmals; intravenöse Verabreichung hatte in einigen Fällen vasomotorische Störungen. Als Nebenbefund konnte in einigen Fällen Klärung beider Harnportionen und Gonokokkenschwund erhoben werden.

H. Soltmann-Leipzig.

Pellogon, ein neues Balsamikum für die interne Gonorrhoebehandlung, von A. Seidl-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 19, S. 834.) Pellogon = Oleum cubebarum cum Oleo succini (neu ist die Anwendung des Oleum cubeb., früher stets Extractum oder Pulvis cubeb. verordnet). Präparat entspricht den Anforderungen an die Balsamika: sekretionshemmende, anästhesierende und desinfizierende Wirkung. Keine toxischen Erytheme, keine nephrotoxische Wirkung. Gute Verträglichkeit, niedriger Preis.

H. Soltmann-Leipzig.

Vorläufige Mitteilung über eine chirurgische Methode des akuten Harnröhrentrippers, von G. Weissenstein-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 17, S. 729.) Durchtrennung der Harnröhre im Initialstadium der Tripperinfektion in der Pars bulbosa; Vereinigung beider Stümpfe erst, wenn die Erkrankung der Pars anterior mit Sicherheit abgelaufen ist oder Spaltung der Harnröhre in ihrer Längsrichtung auf etwa 3—4 cm. Möglichkeit eines analogen Verfahrens beim weiblichen Tripper durch temporäre Durchtrennung der Tuben zur Verhütung der Ausbreitung auf die Adnexe.

H. Soltmann-Leipzig.

Die örtliche Behandlung des Trippers (Le traitement local de la blennorhagie), von Leguru. (Progr. méd., 1922, Nr. 30.) Die Abortivbehandlung, zu der die Patienten leider nur selten rechtzeitig erscheinen, hat Aussicht nur innerhalb 36—48 Stunden nach Auftreten der ersten Erscheinungen. Methode: Argyrol 20%, 3—4 Tage lang, einmal täglich, 5 Minuten; 50% Erfolge. Für Fälle, die nicht zur Abortivbehandlung kommen, auch bei ganz akuter Blennorhoe, warme Spülungen mit Kal. permang. 1:10000, zunächst nur der Anterior, allmählich steigend bis 1:4000. Schwinden die Gonokokken nicht, Argyrol 1—10 promille. Versagen dieser Therapie läßt auf besonders zu behandelnde Komplikationen schließen.

E. Levin-Berlin.

Über die Heilung der gonorrhoischen Prostatitis mit Arthigon und Terpentin, von Walther Arnold, Univ.-Hautkl. Würzburg. (M. m. W., 1922, Nr. 17, S. 621.) Die intravenöse Zufuhr von Arthigon und noch mehr die intramuskuläre Verabreichung von Terpentin beschleunigten die Ausheilung der Entzündung und das Schwinden der Gonokokken. Es war auch örtlich behandelt worden. Das Arthigon war zweimal täglich eingespritzt worden (7—12 Tage, durchschnittlich 20 ccm). Stark reagierende Fälle wurden am günstigten beeinflußt. Ältere Fälle waren nicht widerstandsfähiger. Endgültige Heilung durchschnittlich in 4—6 Wochen. Wurden dagegen in durchschnittlich dreitägigen Pausen 5—7 Einspritzungen mit insgesamt durchschnittlich 4—6 ccm Arthigon gegeben, so verzögerte sich die Heilung zwar etwas, doch waren die Erfolge ziemlich gleich. Auch die Terpichinbehandlung gelang bei Fällen jeden Alters gleich gut. 5(!)%iges Kollargol und Kaseosan hatten nicht befriedigende Erfolge.

A. v. Notthafft-München.

Die Therapie der Epididymitis und Funiculitis gonorrhoica durch den Praktiker, von H. Reinhard-Eichelbaum-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 7, S. 210.) Bei Epididymitis empfiehlt Verf. besonders die intravenöse Injektion von Arthigon, mit 0,2 beginnend und bis 0,6 steigend bis zur Verabreichung von 6—7 Einspritzungen je nach Bedarf. Daneben läßt er innerlich nehmen: Rp. Extr. belladonn. (0,2), Natr. jodat. (10,0), Natr. salicylic. (10,0), Aq. dest. aa 200,0. S. 3—4mal täglich zwei Eßlöffel bis zum Verbrauch von sechs Flaschen. Bei Funikulitis hat er von der Einpinselung des Skrotums mit reinem Ichthyol gute Wirkung gesehen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Polyarthritis gonorrhoica mit Meningokokkenserum, von E. Froemsdorf-Dresden. (D. m. W., 1922, Nr. 27, S. 902.) Nach erfolgloser Darreichung von Salizyl, Kollargol, Jodkollargol, Arthigon usw. wurde nach zweimaliger intramuskulärer Injektion von je 60 ccm Meningokokkenserum Heilung erzielt. Vier Tage nach der zweiten Injektion sank das Fieber, die Schmerzen ließen nach, die Gelenkerscheinungen waren nach 1½ Wochen zurückgegangen.

F. Harry-Berlin.

Die Behandlung der gonorrhoischen Gelenks- und Sehnenscheidenentzündungen, von E. Langer-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 1, S. 13.) Verf. schildert die auf der Abteilung von Buschke geübten Maßnahmen, wobei hauptsächlich zu unterscheiden ist zwischen Fällen, welche von Anfang an der Bewegungsbehandlung zu unter-

Digitized by Google

ziehen sind, und solchen (große Ergüsse, hohes Fieber, starke Schwellung der Gelenke), welche zunächst eine Ruhebehandlung erfordern. Das Armamentarium therapeuticum umfaßt sowohl Medikamente und Vakzine als auch physikalische Heilmittel: Aspirin, Jodkali, Pyramidon, Atophan, Natr. salicylic. usw. werden von Anfang gegeben; daneben Injektionen von sterilisierter Milch (3—7 ccm alle 2—3 Tage), während das sonst als recht erfolgreich bewährte Kaseosan seit einem Intoxikationsfall ausgeschaltet wurde. Besonders wohltuend erwiesen sich möglichst heiße Wasserbäder bei lokaler oder allgemeiner Applikation täglich ein- oder zweimal gegeben, ferner Heißluftbäder, Schienenverbände und Verbände mit 25 %iger Ichthyolvaseline oder Jodvasogen, im Sommer Sonnenbäder, während Höhensonne sich weniger wirksam erwies. Alle chirurgischen Eingriffe einschließlich Punktion werden unterlassen. Möglichst frühzeitig, namentlich bei leichteren Fällen, wird mit Massage und Elektrisieren nebst passiven Bewegungen begonnen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Thermopenetration bei weiblicher Gonorrhoe, von Kyaw-Dresden. (D. m. W., 1922, Nr. 27, S. 902—903.) Verf. läßt auf die erkrankten Stellen hohe Temperaturen 3—9 Stunden lang hintereinander einwirken, und verzeichnet gute Resultate. Eventuell Wiederholung der langdauernden Hitzewirkung, bis keine Gonokokken mehr nachweisbar sind. F. Harry-Berlin.

Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit intravenösen Kollargolinjektionen, von Koller-Aeby-Winterthur. (D. m. W., 1922, Nr. 29, S. 978—979.) Wenn auch das Kollargol in intravenöser Anwendung keine spezifische Wirkung auf Gonokokken ausübt, so beeinflußt es doch die entzündlichen Infiltrate.
F. Harry-Berlin.

Zur Behandlung der Zervixgonorrhoe durch Cholevaltamponade des Uterus, von Rudolf Salomon-Gießen. (M. m. W., 1922, Nr. 6, S. 203.) Ablehnung des Händlschen Vorschlages der Tamponade der Gebärmutterhöhle bei Gebärmutterhalstripper mit Cholevalstäbchen und Bröckeln. Das Verfahren ist schmerzhaft, begünstigt Aufsteigen und Verbreitung des Krankheitsprozesses in die Nachbarschaft und ist nicht geeignet, die Gonokokken rasch zu töten. A. v. Notthafft-München.

Nachtrag zur Behandlung der Zervixerkrankungen mit Hilfe von Zelluloidkapseln, von Pust-Jena. (M. m. W., 1922, Nr. 4, S. 122.) Die Kapseln müssen nach 3—4 Wochen für 1—2 Tage entfernt werden, damit der Ring um die Portio sich von der Saugwirkung erholt. A. v. Notthafft-München.

Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Zelluloidkapseln nach Pust, von Siegfried Löber-Fulda. (M. m. W., 1922, Nr. 19, S. 710.) Die Methode hat bei Tripper versagt, während sie bei anderen Katarrhen des Gebärmutterhalses empfehlenswert ist. A. v. Notthafft-München.

Zur Zervixbehandlung von Gonorrhoe und Fluor mittels Zelluloidkapseln nach Pust, von Meta Oelze-Rheinboldt-Leipzig. (M. m. W., 1922, Nr. 25, S. 934.) Die Kapseln versagen bei Zervixtripper. Sie können aber anscheinend helfen, das Übergreifen eines Harnröhrentrippers auf den Gebärmutterhals zu verhüten. Der Einfluß auf anderen Fluor war wechselnd. Erosionen heilten infolge Abkapselung gut ab. Es ist notwendig, die Kapseln alle paar Tage zu reinigen, da sonst übler Geruch entsteht. Dagegen können sie während der Regeln liegen bleiben. Sie scheinen sich gegen Befruchtung zu bewähren. A. v. Notthafft-München.

Provokation latenter Gonorrhoe bei der Frau, von Hans Nevermann-Hamburg. (M. m. W., 1922, Nr. 4, S. 113.) Die intrakutane Injektion zur Provokation latenter Blennorrhoe bei der Frau ist technisch einfach, bequem und gefahrlos. Am besten eignet sich Aolan. Weniger wirksam ist Arthigon. Kaseosan und Gonargon wirken zu gering. Die Hautreaktion ist nicht zu verwerten.
A. v. Notthafft-München.

Über intravenöse Trypaflavinbehandlung der weiblichen Gonorrhoe, von Arthur Pincsohn-Breslau. (Zbl. f. Gynäk., 1922, Nr. 27, S. 1094.) Verf. hat 24 Fälle mit Trypaflavin behandelt, wobei es sich sowohl um akute wie chronische Blennorrhoen handelte, von denen einige wieder rezidivierend waren. Verf. wandte zuerst $^1/_2$, dann 2 %ige und zuletzt 1 %ige Lösung an und injizierte 6—9 Einspritzungen sowohl an aufeinanderfolgenden Tagen, wie auch mit eintägigem Abstand. Die Erfolge waren sehr bescheiden. Von den 24 Pat. konnten nur 7 geheilt entlassen werden. Irgend welche unangenehme Folgezustände wurden jedoch nicht beobachtet, wenn auch bei Gaben von 2 %iger Verdünnung über bitteren Geschmack im Munde, Brechreiz und Schwindelgefühl geklagt wurde. A. Rosenburg-Berlin.

Digitized by Google

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines, Anatomie.

Über Aufgaben, Hilfsmittel und Erfolge der Urologie, von Pflaumer-Erlangen. (M. m. W., 1922, Nr. 20, S. 733.) Nichts Neues. A. v. Notthafft-München.

Die Blutkörperchensenkungsprobe in der Urologie, von Walther Pewny-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 30, S. 655.) Verf. hat als erster ein größeres urologisches Material mit der Blutkörperchensenkungsprobe untersucht. Differentialdiagnostisch verwertbar ist nur das normale Verhalten. Senkungsbeschleunigung tritt auf bei schweren akuten blennorrhoischen Komplikationen, Zystitis, malignen Tumoren, Blutungen und ulzerierenden tuberkulösen Prozessen. Bei letzteren ist sie ein Gradmesser für die Schwere der Erkrankung. Auch bei den übrigen läßt das Zurückgehen der Senkungsbeschleunigung auf Besserung schließen. Die normale Senkungsgeschwindigkeit spricht differentialdiagnostisch für Prostataadenom und gegen Karzinom, für Nierensteine oder Hydronephrose und gegen fortschreitende Tuberkulose oder Nierentumor. Die Methodik muß im Original nachgelesen werden. E. Langer-Berlin.

Urologische Röntgendiagnostik, von P. Janssen-Düsseldorf. (M. m. W., 1922, Nr. 11, S. 394.) Eine gute Übersicht des heutigen Standpunktes unter Auslassung des nicht gesicherten. A. v. Notthafft-München.

Übersicht über die urologische Tätigkeit eines Jahres (1920) (Summary of a Years Work 1920 in Urology), von Nathaniel P. Rathbun und Gray Phillips-Brooklyn. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 10.) E. Levin-Berlin.

Kursus der urologischen, diagnostischen und therapeutischen Technik (1. Das Krankenexamen), von L. Casper-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 26—30.) Bei einer Erkrankung des Urogenitalapparates muß der Arzt sich über die Häufigkeit der Harnentleerung, Veränderungen des Harnstrahls, etwa vorhandene Schmerzen und frühere Blutbeimengungen orientieren. Besprechung der Technik des Katheterismus, der Blasenspülungen, der Harnuntersuchung und deren Verwertung, die Diagnose und Behandlung der Harnröhrenstrikturen, der Technik in der Behandlung der Phimose und Paraphimose. F. Harry-Berlin.

b. Penis, Urethra, Blase.

Zum Aufsatz von Dozent Dr. A. Fischer über „Neue Methode zur Operation der Hypospadiasis und der Defekte der Pars pendula urethrae" in Nr. 12 (1922) dieser Zeitschrift, von Zoltan Nagel-Berlin. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 27, S. 982.) Verf. weist auf die im Prinzip gleiche Methode Essers hin, der in vielen anderen Fällen, anstatt den Defekt durch einen dünnen, schlecht ernährten Lappen zu decken, ihn in ein gut ernährtes Gewebe einbettet. Er billigt deshalb Fischer nicht den Anspruch einer „neuen Methode", sondern nur den einer Verwendungsmöglichkeit der Esserschen Methode zu. A. Rosenburg-Berlin.

Zur operativen Behandlung der Harnröhrendivertikel, von Th. Goldenberg-Nürnberg. (Verhdlg. 6. Tagung d. Vereinigung bayrischer Chir. München, 2. VII. 1921. D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 172, H. 5—6.) Zweimal Schußverletzungen der Pars cavernosa etwas kaudalwärts von der Ansatzstelle des Skrotums mit Eröffnung des Hodensackes und Verletzung des Hodens, einmal Ruptur der Harnröhre durch Fall rittlings auf eine Schulbanklehne. Bei plastischen Operationen an der Harnröhre ist tunlichst auf den Dauerkatheter zu verzichten zugunsten der suprapubischen Drainage. Beim Divertikel selbst ist zwischen totaler Exstirpation des Sackes mit Resektion der Harnröhre beiderseits im Gesunden und zirkulärer Naht bzw. Abtragung der unteren Divertikelwand und Bildung einer neuen Harnröhre aus einem stehengelassenen Längsstreifen der vorderen gesunden Harnröhrenwand zu wählen. Als Kontrastmittel bei Röntgenaufnahmen des Harnapparates ist 10%ige Jod- (bzw. die viel billigere Brom-) Kalilösung zu empfehlen. E. Levin-Berlin.

Über den Ausgleich von Harnröhrendefekten durch Mobilisation des Penis nach Ekehorn, von P. Sudek-Hamburg. (Bruns Beitr. z. kl. Chir., 1922, Bd. 126, H. 1.) Strikturen und Fisteln der Harnröhre werden durch Exzision alten narbigen Gewebes mit Naht der Harnröhrenenden im Gesunden am sichersten geheilt. Wenn aber infolge der Operation der Defekt so groß ist, daß die Enden sich nicht ohne Spannung vereinigen lassen, so ermöglicht die Distensionsplastik einen Erfolg, aber nur dann, wenn der Defekt nicht allzu groß ist. Hier gleicht das von Ekehorn angegebene Verfahren jeden Defekt aus durch Durchschneidung des Lig. suspensorium,

Digitized by Google

wodurch die Pars pendula von der Symphyse getrennt wird. Die Pars pendula wird nach hinten verlagert und die Stümpfe können vereinigt werden. Verf. schildert das Verfahren an mehreren Fällen. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Heilung eines Peniskarzinoms durch Emaskulation, von Dax-München. (Verhdlg. 6. Tagung d. Vereinigung bayrischer Chir. München, 2. VII. 1921. D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 172, H. 5—6.) Vor einem Jahre operiert, seither 10 kg zugenommen. Emaskulation mit breiter Freilegung und Ausräumung der Leistendrüsen beiderseits. Urethra in dem Damm zwischen Peniswurzel und After eingepflanzt. Die Dauerresultate sind bei der Emaskulation wesentlich günstiger als bei anderen Methoden. E. Levin-Berlin.

Zur Blasendrainage mit dem Troikart, von Karl Näther-Zürich. (M. m. W., 1922, Nr. 19, S. 707.) Tod nach suprapubischer Punktion und Troikartdrainage einer infizierten Prostatikerblase durch perivesikuläre Urinphlegmone. Da derartige Blasen infolge Muskelschwäche und entzündlicher Starrheit der Wand sich nicht um den Troikart zusammenschließen, droht die Gefahr der Harninfiltration, und ist daher die Sectio alta oder die Zystostomie der Punktion anzuschließen. A. v. Notthafft-München.

Über funktionelle Blasenstörungen, von O. Schwarz-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 28, S. 1196—1199). Zwei Gruppen werden unterschieden: Blasenerkrankungen der Nervösen resp. Blasenneurosen, wo es sich um rein funktionell-neurotische Phänomene handelt, und nervöse Blasenerkrankungen, wenn die Erkrankung des zentralen und peripheren Nervensystems nachweisbar ist. Erste Gruppe: Enuresis nocturna, Pollakisurie, Retention, zweite: Tabes, multiple Sklerose, Pollakisurie. Jedes Organ ist bei funktionell-pathologischen Symptomen auf Störungen seiner normalen Funktion beschränkt. Daher zeigen die beiden großen Erkrankungen der Blasenmotilität. Prostatahypertrophie und Tabes, dieselben Einzelsymptome, denselben Krankheitsverlauf: zuerst Pollakisurie, Hypertonie, Hypertension, dann Retardation, Dysurie, Retention. Da sich die spinale Pathogenese leichter ausschließen als die prostatogene Natur beweisen läßt, ist in zweifelhaften Fällen mit Erhebung eines Nervenstatus zu beginnen. Pollakisurie als Initialsymptom einer Nierentuberkulose, funktionelle Pollakisurie sowie transitorische Retentionen als toxisch entzündliche Affektionen der Blasennerven bei Infektionskrankheiten (Erkältung). Pollakisurien mit periodischen Schwankungen, das ganze Leben hindurch: konstitutionelle Überregbarkeit der Blase. Psychische Einflüsse auf die Blase: Freude, Schreck, Erwartung usw. Es gibt Menschen, bei denen sich „alles auf die Blase schlägt". Ursache: Die Blase ist von den meisten sensiblen Nerven aus reflektorisch erregbar und für vasomotorische Einflüsse sehr empfindlich. Hauptrepräsentant der Organneurosen ist die Enuresis nocturna. Drei Tatsachen sprechen gegen anatomische Ursachen: 1. Eine Funktionsanomalie der Enuretikerblase war bisher nicht nachzuweisen, 2. keine Rückenmarksläsion zeigt eine vergleichbare Blasenfunktionsanomalie, 3. das periodische, sprunghafte Auftreten. Nach Adler ist die Enuresis ein psychophysisches Abartungszeichen, wobei die somatische Organminderwertigkeit als Determinations-, die anomale psychische Reaktionsart als Realisationsfaktor wirkt. Das Ziel kann nur eine Psychotherapie sein. Bei Rückenmarksaffektionen sind Blasenstörungen gerade die hartnäckigsten Symptome; Angriff des Grundleidens. Bei hartnäckigen Retentionen evtl. Operation nach Freudenberg-Rubritius: intravesikale Sphinkterotomie. Bei Übererregbarkeit der Blase (Pollakisurie) Antispasmodika, Füllung der Blase mit heißer Flüssigkeit, Diathermie, intravenöse Injektion von Kalziumlösungen. H. Soltmann-Leipzig.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die Nederlandsche Verenigung van Dermatologen hielt am 25. März in Amsterdam ihre 65. Versammlung.

Gestorben: Prof. S. Bogrow, Direktor des venerologischen Institutes in Moskau; Dr. George Frank Lydston, Professor für Chirurgie der Harnorgane und für Geschlechtskrankheiten am College of Physicians and Surgeons in Chicago. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

28. April 1923 | Nr. 17 | Band 76

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Dr. Buschke).

Beitrag zur Frage der Sporulationsfähigkeit parasitischer und pathogener Hefen[1]).

Von

Prof. A. Buschke und Dr. F. Harry, Assistent.

Die Literatur über Hefen, die aus verschiedenen Krankheiten bei Menschen und Tieren gezüchtet worden sind, ist bereits sehr groß. Man findet jedoch meistens klinische, histologische und rein morphologische Angaben, während vergleichende systematische Untersuchungen in der neueren Literatur vollkommen fehlen. Nur in den ersten Arbeiten Buschkes finden sich vergleichende morphologische und biologische Untersuchungen über Sproßpilze verschiedener Herkunft, soweit sie pathogene Bedeutung haben. (Vgl. Buschke: Die Sproßpilze in Kolle-Wassermanns Handbuch der pathogenen Mikroorganismen.)

Neuerdings erst hat dann Sasakawa (Zbl. f. Bakt., I. Abt. Orig., Bd. 88, H. 4) sich der Mühe unterzogen, die pathogenen und parasitischen Hefen auf ihre morphologischen und biologischen Eigenschaften hin eingehend zu vergleichen und sie zu bestimmten Gruppen zusammenzufassen. Er untersuchte 21 verschiedene Hefen, die aus der vormals Králschen mikrobiologischen Sammlung (Prof. Dr. E. Pribram) in Wien stammen, auf ihre Form, Sporulationsfähigkeit und fermentativen Eigenschaften[2]).

Zwecks Beobachtung der Form und der Fähigkeit der Hefen, Sporen zu bilden, wurde von jeder Reinkultur zuerst ein natives Präparat in frischem Zustand, dann nach einem Monat und später untersucht, außerdem wurden frische Kulturen nach der Möllerschen Sporen-Färbemethode gefärbt, dann einerseits Gipsblockkulturen angelegt, andererseits die auf Dextrose-Agar gezüchteten Kulturen versiegelt. Sowohl die Gipsblockkulturen als auch die versiegelten Kulturen wurden, erstere in 3 bis 4tägigen Intervallen, letztere nach 1 Monat auf das Vorhandensein von Sporen geprüft. Dabei zeigte es sich, daß mit Ausnahme der Hefe Saccharomyces canis Sanfelice niemals echte Sporen gefunden wurden.

[1]) Die Ausführung dieser Untersuchungen wurde uns ermöglicht durch freundliche Überlassung von Nährbodenmaterial seitens des Herrn Dozenten Dr. Karl Markus, leitenden Arztes in St. Göran, Stockholm, wofür wir auch an dieser Stelle danken. — [2]) Darunter fanden sich von bekannteren Hefen: Saccharomyces lithogenes, canis Sanfelice, die Greifswalder Hefe, S. Leopold, S. Fullerton, Skutetzki, Landerich, Curtis u. a.

Digitized by Google

Zur Kontrolle wurden sicher sporulierende Hefen nach derselben Methode untersucht. Bei ihnen konnten ausnahmslos immer typische Sporen nachgewiesen werden.

Diese Befunde SASAKAWAS waren insofern auffällig, als bisher die meisten Autoren in ihren Arbeiten das Vorhandensein von Sporen erwähnen.

Auch BUSCHKE, der sich als erster eingehend mit dem vergleichenden Studium pathogener Hefen beschäftigt hat, erwähnt in seiner Abhandlung im Handbuch der pathogenen Mikroorganismen von KOLLE-WASSERMANN (Bd. 5, S. 160), daß er bei allen Hefen 2—5 Sporen habe nachweisen können. SASAKAWA glaubt, daß allen Forschern ein Irrtum insofern unterlaufen ist, als sie sich mit der in der Bakteriologie üblichen Feststellung begnügt haben, säurefeste Elemente nachzuweisen und diese für Sporen zu halten. Dieser Nachweis genügt jedoch nicht. Er habe gefunden, daß säurefeste Elemente in sporulierenden und nichtsporulierenden Hefen vorhanden seien. Sie sind seiner Ansicht nach in der Regel viel kleiner als Sporen, ferner nicht gleichmäßig groß. Da sie bei manchen Hefen meist nur in älteren Kulturen in größerer Zahl nachweisbar sind und oft die Größe einer ganzen Zelle erreichen, so war die Möglichkeit einer Verwechslung mit Sporen leicht gegeben. Die Annahme, daß die säurefesten Elemente Hefekerne sind, widerlegt SASAKAWA durch den Hinweis auf ihre verschiedene Größe und ferner dadurch, daß sie nicht immer mit der HEIDENHAINschen Kernfärbemethode darstellbar sind. Er konnte auch niemals ein Auskeimen der säurefesten Gebilde beobachten.

Dagegen hält er es für möglich, daß die säurefesten Elemente mit dem von HENNEBERG in Hefezellen gefundenen Volutin identisch sind. Wir haben uns daraufhin die Aufgabe gestellt, mit Hilfe einer anderen Färbemethode nachzuprüfen, ob die Ergebnisse der Untersuchungen SASAKAWAS bestätigt werden können oder nicht. Zu diesem Zwecke wurden uns sämtliche 21 in der KRÁLschen mikrobiologischen Sammlung vorhandenen Hefen von Herrn Prof. PRIBRAM freundlichst überlassen.

Wir untersuchten zuerst die frischen Kulturen, legten Gipsblockkulturen an, denen wir in Abständen von 2 Tagen Material zur mikroskopischen Untersuchung entnahmen, und prüften 1 und 2 Monate alte Kulturen auf das Vorhandensein von Sporen resp. „säurefester" Elemente.

Bei der Wahl der von uns angewendeten Färbemethode gingen wir von folgenden Gesichtspunkten aus.

Nach den Untersuchungen von SCHUHMACHER, die er in einem Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Mikrobiologie (10. X. 21) bekannt gegeben hat, sind wir mit Hilfe der von ihm angegebenen Methylenblau-Phosphin-Methode in der Lage, freie Nukleinsäure auf histochemischem Wege nachzuweisen.

Da Volutin aller Wahrscheinlichkeit nach aus freier Nukleinsäure besteht, wofür seine Löslichkeit in 80° warmem Wasser, in Alkalien und Säuren, ferner die Unlöslichkeit in Äther, Alkohol, Chloroform und die Gelbfärbung mit LUGOLscher Lösung sprechen, so haben wir auf die Weise eine weitere Möglichkeit, Einblick in die Natur der sogenannten säurefesten Elemente zu bekommen. Mit Hilfe der Methylenblau-Phosphin-Methoden können wir ferner den Nachweis des Vorhandenseins oder

Digitized by Google

Fehlens von Sporen führen. Diese Methode ergibt nämlich ein Dreifarbenbild der Hefe. Nuklein wird gelb, Volutin grün und die Spore blau gefärbt.

Der Erklärung für die verschiedenartige Färbung der Hefe-Elemente wollen wir nicht vorgreifen. Schuhmacher wird demnächst selbst darüber berichten. Die Färbemethode wird nach Angaben Schuhmachers folgendermaßen ausgeführt: Die Hefezellen werden auf dem Objektträger fixiert, mit 1% igem Karbolmethylenblau 1 Minute lang gefärbt, mit Aq. dest. abgespült und dann mit 1% igem Phosphin (Diamidophenylacridin) unter dauerndem Bewegen des Objektträgers $1^1/_2$ Minute lang entfärbt.

Gesetzt den Fall, daß die Resultate der Studien Schuhmachers Anerkennung finden, können wir als Ergebnis unserer Untersuchungen mitteilen, daß weder in frischen noch in alten Kulturen noch auf Gipsblockkulturen Sporenbildung bei den von uns untersuchten Hefen erzielt werden konnte. Nur die Hefe Saccharomyces canis Sanfelice zeigte regelmäßig das Dreifarbenbild, d. h. es waren stets Sporen nachweisbar. Eine Erklärung für die Ausnahmestellung dieser Hefe gibt Sasakawa durch den Hinweis auf die Herkunft der Hefe aus Fruchtsäften, wodurch sie sich wesentlich von der Herkunft der anderen parasitischen und pathogenen Hefen unterscheidet. Sasakawa meint, daß vielleicht aus diesem Grunde die Sporulationsfähigkeit dieser Hefe verständlich sei.

Wir können somit die Befunde Sasakawas bestätigen, daß mit der von ihm und uns angewendeten Methodik keine Sporenbildung erzielt werden kann.

Den Nachweis für die Richtigkeit seiner Behauptung haben wir durch das Ausbleiben der für Sporen typischen Blaufärbung bei der Methylenblau-Phosphin-Methode erbracht, die bei sporulierenden Hefen regelmäßig vorhanden ist. Für die Differenzierung der Hefen im Gewebe, ihre Abgrenzung gegenüber Gewebszellen und ihr biologisches Verhalten im Organismus erscheint diese Tatsache sehr wichtig, besonders da wir wissen, daß sie bei niederen Tieren eine große Bedeutung als Symbionten erlangen können. Auch wird den zweifellos häufigen Irrtümern in der Diagnose Blastomykose leichter eine Korrektur zuteil werden können.

Die Vermutung Sasakawas, daß die mit Hilfe der Möllerschen Färbung dargestellten säurefesten Elemente mit Volutin identisch sind, können wir einigermaßen mit Sicherheit als zutreffend anerkennen. Wir fanden bei allen Hefen teils spärliche, teils zahlreiche, ungleich große, grün gefärbte Elemente. Die Grünfärbung zeigt uns den Gehalt dieser Gebilde an freier Nukleinsäure = Volutin an.

Der Gehalt der einzelnen Hefen an Volutin war recht verschieden. Er nahm außerdem mit zunehmendem Alter der Hefekulturen ab und war auf Gipsblockkulturen nur sehr gering.

Eine Erklärung hierfür können uns die Arbeiten von Hayduck und Hahn (Biochem. Zschr., Bd. 128, H. 4/6) geben, die festgestellt haben, daß parallel der Zymasebildung ein lebhafter Nukleinsäurestoffwechsel einhergeht. Sie fanden große Unterschiede im Gehalt an Nukleinsäure bei zymasearmen und zymasereichen Torulahefen. Die erstere Art zeigt in einzelnen, manchmal in vielen Zellen nach der Färbung grüne Pünktchen, während die anderen Hefen fast ohne Ausnahme große grüne Flecke oft

Digitized by Google

von der Größe des Umfanges der Zelle haben. Die Verff. glauben sogar die Behauptung aufstellen zu können, daß man aus dem Nukleinsäuregehalt auf die Größe der Triebkraft der Hefe schließen dürfe.

Es wird noch vieler eingehender Studien bedürfen, bis wir einen genauen Einblick in die Biochemie der Hefezelle gewonnen haben. Besonders ist auch das biologische Verhalten der parasitischen und pathogenen Hefen im Organismus nur sehr wenig erforscht. Die Anwendung obiger Methodik wird uns vielleicht auch für diese Zwecke nützlich sein.

Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Altona (Vorstand: Prof. C. Bruck).

Zur intravenösen Behandlung gonorrhoischer Prozesse mit Vucinum bihydrochloricum.

Von

Dr. Paul Laband, früherem Vol.-Assistenten der Abteilung.

Die hohe desinfizierende Wirkung der Morgenrothschen Chininderivate Eukupin und Vuzin ist allgemein bekannt. Nach Morgenroth und Tugendreich wirkt Isooktylhydrokuprein gleich Vukzin in einer Verdünnung von 1:80000 auf Streptokokken noch abtötend. In der Verdünnung von 1:160000 noch ist das schwächer wirkende Eukupin (Isoamylhydrokuprein) imstande, Streptokokken avirulent zu machen. (Nach Lesche in Derm. W., 1918, Nr. 46.) Diese Desinfektionswirkungen kommen auch in eiweißhaltiger Flüssigkeit zustande; außerdem besitzt Vuzin die Fähigkeit, in tierische Gewebe ohne dauernde Schädigung derselben einzudringen. Seine hervorragenden Wirkungen bei infizierten Wunden sind von Klapp und anderen beschrieben worden; hierbei trat vornehmlich die chemotherapeutische Wirkung des Vuzins gegenüber Staphylo- und Streptokokken hervor. W. Möbitz hat eine Vuzinlösung 1:5000 mit auffallend guten Heilungsergebnissen zur Spülung und Injektion der großen Gelenke bei Artheritis gonorrhoica verwandt. Auch zur lokalen Behandlung der Gonorrhoe ist Vuzin mit Erfolg genommen worden (B. kl. W., 1915, Bd. 42). Somit ist eine Einwirkung des Vuzins auf Gonokokken bewiesen, die ja auch zu erwarten war, da die Gonokokken den Meningokokken nahestehen. Die Einwirkung des Vuzins auf Meningokokken wurde von Morgenroth und von Link festgestellt. Unter diesen Umständen war es von Interesse, zu versuchen, ob diese hervorragend bakterizide Wirkung des Vuzins auch vom Blutwege aus besonders bei solchen Prozessen zur Geltung zu bringen ist, die einer direkten therapeutischen Beeinflussung nur schwer oder gar nicht zugänglich sind. Ich wählte zu meinen Versuchen die weibliche Gonorrhoe, bei der sich ja oft, insbesondere bei einer Lokalisation der Erkrankung in den Adnexen, die üblichen lokalen Methoden als machtlos erweisen und bei der auch immuno- und chemotherapeutische Versuche bisher teils mäßig, teils ganz unbefriedigende Resultate zeigen. (Siehe Prof. Bruck in Derm. W., 1920, Bd. 71, S. 908/910.)

Digitized by Google

Bevor zu der intravenösen Anwendung beim Menschen geschritten wurde, orientierte ich mich über die toxische Wirkung des Vuzins in vitro. Prüft man Vuzinlösungen in physiologischer Kochsalzlösung an 5%igem gewaschenem Menschenblut, so tritt (infolge der sauren Reaktion des Präparates) in stärkerer Konzentration Fällung (1:20 bis 1:500), in schwächerer Konzentration (1:1000 bis 1:2000) Hämolyse ein. Auf Menschenserum üben Vuzin-Kochsalzlösungen bis 1:2000 eine fällende Wirkung aus. Die gleichen Erscheinungen (Fällungen in starken Konzentrationen, Hämolyse in schwächeren Konzentrationen) kann man bei der Prüfung gegenüber menschlichem (ungewaschenem) Vollblut beobachten. Dagegen zeigten jedoch Tierversuche, daß Kaninchen recht erhebliche Dosen von Vuzinlösung (nämlich jeden zweiten Tag steigend von 0,1—1,0 einer 1 pro mille-Lösung) ohne irgend welche Vergiftungserscheinungen und ohne kumulierende Wirkung vertrugen.

Demgegenüber ergaben zwei Präparate, die wegen der weniger sauren Reaktion herangezogen wurden, ungünstigere Resultate als Vucin bihydrochloricum. So führte u. a. eine intravenöse Injektion von Vucinotoxin hydrochlor 0,2:25,0 0,9%ige NaCl-Lösung nach sofort eingetretenem Chok des Tieres nach drei Minuten zum Exitus. Die von Herrn Prof. Huntzer ausgeführte mikroskopische Untersuchung von Niere, Leber und Gehirn ergab keinen abnormen Befund, wobei besonders auf Sthasen und Thrombosen geachtet wurde.

Für die therapeutischen Versuche wurde daher ausschließlich Vucin bihydrochloricum herangezogen. Technik: Die abgewogene Vuzinmenge 0,05—0,3 wurde in 2—3 ccm destilliertem Wasser klar gelöst, die Lösung mit 50 ccm körperwarmer physiologischer Kochsalzlösung versetzt und intravenös injiziert. Bei Zusatz von Kochsalzlösung nimmt die Vuzinlösung eine opake Trübung an. Der intravenösen Behandlung unterzogen wurden zehn Fälle von weiblicher Gonorrhoe. Die lokale Behandlung wurde während der Vuzintherapie ausgesetzt und täglich die Sekrete der Urethra und Zervix auf Gonokokken kontrolliert. In fast allen Fällen trat nach jeder Vuzininjektion ein rasch vorübergehender Fieberanstieg ein, der eine Temperatur bis 38,5° erreichte. Das Allgemeinbefinden war wenig gestört. Schwere Nebenerscheinungen resp. einen schädigenden Einfluß auf die Kranken haben wir nicht gesehen. Dagegen stellten sich bei mehreren Patientinnen trotz vorsichtigster Injektionstechnik (vorheriges Verdünnen der Vuzinlösung mit aspiriertem Blute und langsames Injizieren) Obliterationen der benutzten Armvenen ein, die zwar schmerzlos waren, aber eine Fortsetzung der Behandlung erschwerten bzw. unmöglich machten.

1. Schl. 0,05 Vuzin. Aufnahme 15. IV. 1921. Diagnose: chronische Gonorrhoe der Urethra und Zervix. Mit Kaviblen und Choleval bis zum 28. IV. behandelt; damals Gonokokken in Urethra und Zervix positiv. Am 29. IV. und 30. IV. je 0,05 Vuzin intravenös, am 29. IV. Gonokokken verschwunden, bis 11. V. täglich negativer Befund.

2. Offer. Chronische Gonorrhoe. Am 7. V. Gonokokken in Urethra und Zervix positiv. 12., 13., 14. und 15. V. je 0,05 Vuzin intravenös. Vom 13.—28. V. tägliche Präparate negativ; bleibt auch nach Arthigonprovokation negativ.

3. Friedr. Chronische Gonorrhoe. Vom 16. IV.—16. V. Gonokokken in Zervix positiv. 19., 21. und 22. V. je 0,05 Vuzin; vom 20. V. bis 1. VI. täglich Präparate negativ.

4. Hei. Vom 22. IV.—29. IV. Gonokokken in Urethra und Zervix positiv. Am 30. IV., 1. V., 6. V. je 0,05 Vuzin. 18. V. (post menses) wieder positiv.

Digitized by Google

5. Tröp. Aufnahme am 30. III., Gon. chronica. Gonokokken in Urethra und Zervix positiv. 27. und 28. IV., 3. und 4. V. je 0,05 Vuzin. 28. IV.—8. V. Präparate negativ, 9. V. Arthigonprovokation: Urethra Gonokokken positiv. Am 12., 13., 14. und 15. V. nochmals je 0,05 Vuzin. Am 16. V. wieder Gonokokken in Urethra und Zervix positiv.

6. Hau. 0,1 Vuzin. Gonokokken Urethra ♂, Zervix positiv bis 11. III. Am 11. III. und 17. III. je 0,1 Vuzin. Bleibt seit 11. III. auch nach Arthigonprovokation negativ.

7. Ku. 6,2 Vuzin. Diagnose: Gon. chronica. Bis 24. II. Gonokokken Urethra positiv, Zervix positiv. Am 24. II. und 1. III. je 0,2 Vuzin. Vom 24. II.—7. III. nachkontrolliert. Tägliche Präparate negativ.

8. Fries. Diagnose: Gon. chronica. Bis 22. II. Gonokokken an Urethra und Zervix positiv. 22. II. und 25. II. je 0,2 Vuzin. Präparate ab 23. II. negativ.

9. Wulfr. Diagnose: Chronische Gonorrhoe des Zervix. Bis 8. III. Gonokokken positiv. 9. III. und 17. III. je 0,2 Vuzin. Gonokokken vom 14. III. ab nach Arthigonprovokation negativ.

10. Hinzp. Diagnose: Chronische Gonorrhoe von Urethra und Zervix. Bis 8. III. positiver Gonokokkenbefund in Urethra und Zervix. 10. II. und 17. II. je 0,2 Vuzin. Vom 12. II. ab auch nach Arthigonprovokation negativ.

Wir sehen also aus den mitgeteilten Fällen, daß der intravenösen Vuzininjektion ein kurativer Affekt bei weiblicher Gonorrhoe zukommt. Denn wenn wir auch unter den zehn Fällen zwei Versager (allerdings unter den mit der kleinsten Dose 0,05 behandelten) aufführen müssen und auch weit davon entfernt sind, behaupten zu wollen, daß die anderen Fälle nun bereits definitiv geheilt worden wären — bei der Launenhaftigkeit des Verlaufes der weiblichen Gonorrhoe und der auch bei den weiteren Fällen nicht immer möglichen ausreichenden Nachkontrolle kann man ja mit der Diagnose: „Heilung" nicht vorsichtig genug sein! —, so ist doch der sicher nicht nur zufällige Einfluß der intravenösen Vuzininjektionen auf den Ausfall der mikroskopischen Präparate unverkennbar. Diese Erscheinung ermuntert ohne Zweifel zu weiteren Versuchen mit Vuzinpräparaten, wobei indessen ein solches Präparat ausfindig zu machen wäre, das mindestens ebenso stark auf Gonokokken einwirkt als das Vucin bihydrochlor., dabei aber die Venenwand nicht schädigt und nicht giftiger als Vucin bihydrochlor. wirkt. Weiterhin haben diese Versuche gezeigt, daß die intravenöse Anwendung des Vucin bihydrochlor. in den angegebenen Dosen, abgesehen von der zuweilen eintretenden Venenwandschädigung, ungefährlich ist, eine Feststellung, die bei der hohen Desinfektionskraft des Mittels besonders gegen Staphylo- und Streptokokken die intravenöse Anwendung bei Sepsis- bzw. bei Pyämiefällen rechtfertigen würde.

Literatur.

1. Brück, Derm. W., 1920, S. 908—910. — 2. Möbitz, M. m. W., 1920, Nr. 29. — 3. Lesche, D. m. W., 1918, Nr. 46. — 4. Link, Internat. Zbl. f. Ohrenheilk., 1920, Bd. 17. — 5. Klapp, D. m. W., 1917, Nr. 44. — 6. B. kl. W., 1915, Nr. 42.

Digitized by Google

Abortivbehandlung der akuten Urethralgonorrhoe des Mannes.

Von

Dr. Georg Gjorgjević.

Chef der Staatsambulanz für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Belgrad.

(Schluß.)

Bei der Gonorrhoebehandlung wurden bis jetzt zum Zwecke der Gonokokkenvernichtung alle möglichen, besonders Silberpräparate mit verschiedenen Resultaten in bezug auf Gonokokkenwirkung angewendet; daß es aber infolgedessen zu einer Veränderung des Organismus in dem Sinne gekommen wäre, daß der Organismus von selbst die Gonokokken vernichtet, oder ihrer Entwicklung und Vermehrung nicht entspricht, und infolgedessen im gewissen Sinne eine Immunität sich bildet, gegen die Gonokokken, und zwar innerhalb einzelner Tage, ist bis jetzt nicht bekannt. Die Möglichkeit, daß abgetötete Gonokokken — in meinen Fällen durch Protargol — und dadurch entstandene Produkte auf die zurückgebliebenen, noch virulenten Gonokokken einwirken und sie vernichten, ist sehr wahrscheinlich, auf Grund der Tatsache, daß die Gonokokkenvakzine zweifellos Gonokokken zu vernichten imstande ist, entsprechend der Zubereitung und Stärke der Vakzine, und entsprechend den pathologischen Veränderungen. Auf Grund dieses letzteren mußte man zu der Annahme kommen, daß neben der direkten chemischen Wirkung des Protargols auf Gonokokken, zweifellos auch eine Wirkung auf Gonokokken im Sinne einer Vakzination besteht, daß heißt, die Wirkung der Produkte der abgetöteten Gonokokken, der Endotoxine, auf noch zurückgebliebene Gonokokken.

Auf diese Weise kann man sich das vollkommene und schnelle Vernichten der Gonokokken erklären; ebenso kann man sich auch die Steigerung dieses Prozesses durch die am nächsten Tage erfolgende Anwendung des (stärkeren) 10%igen Protargols erklären. Auf diese Weise wird auch verständlich, daß die Gonokokken größtenteils durch Protargol und die Wirkung der eigenen Endotoxine vernichtet, in den ersten 24 Stunden nach dem ersten 5%igen Protargol, keine sichtbaren pathologischen Veränderungen zeigen, und daß diese Veränderungen nach der neuerlichen Anwendung eines 10%igen Protargols nicht nur nicht zum Vorschein kommen, im Gegenteil vollkommen schwinden, infolge der zweifachen, chemischen und organischen Wirkung. Nur auf diese Weise kann man sich eine Vorstellung machen, wieso die Gonokokken nach dem ersten 5%igen Protargol und einer Pause von 24 Stunden ohne spezifische Behandlung in viel größerer Menge zum Vorschein kommen, während der 24stündigen Pause unter der Wirkung der gebildeten Endotoxine sich befanden, welche die Gonokokken nicht vollkommen vernichtet, sondern nur abgeschwächt und unwirksam gemacht haben, was bei der bloßen chemischen Wirkung des Protargols nie der Fall sein

Digitized by Google

kann. Die unwirksam gewordenen Gonokokken werden infolge Ausbleibens der weiteren Entwicklung der Endotoxine virulenter und rufen stärkere pathologische Veränderungen hervor. Wenn der Prozeß der Gonokokkenvernichtung mit in immer stärkerer Form angewandtem Protargol oder Argentum nitricum konstant durchgeführt werden muß, parallel damit in noch stärkerer Weise auch die Vernichtung der Gonokokken infolge der immer mehr entstehenden Endotoxine gehen; nur auf diese Weise ist es möglich, schnell einen Erfolg mit der abortiven Behandlung zu erreichen.

Wenn man nach der ersten 5 %igen Protargolinjektion die Behandlung abbricht, zu einer Zeit, wo weder die Gonokokken chemisch vernichtet, noch Endotoxine in genügender Menge entstanden sind, erstere also nur geschwächt sind, so werden diese, weil gereizt, viel virulenter werden und stärkere pathologische Veränderungen und klinische Erscheinungen hervorrufen.

Nur aus dieser Wirkung des Protargols und der Endotoxine, kann man die schnellen und guten Erfolge und die entstandenen schweren Veränderungen infolge der Vernachlässigung erklären.

Außer diesen 10 komplikationslosen und erfolgreich behandelten Fällen werde ich noch 24 Fälle erwähnen, die mit Komplikationen einhergingen und erfolglos behandelt wurden.

Bei acht traten solche Veränderungen ein, daß die weitere Durchführung dieser Behandlung unmöglich war. Es zeigte sich auch, daß hier die angewandte Methode nicht nur nicht indiziert war, sondern höchstwahrscheinlich auch Schuld an der eingetretenen Verschlimmerung war. Zwei Fälle nehmen insofern eine Sonderstellung ein, als bei dem einen, vor Durchführung dieser Behandlung erst eine Kal.-hypermang.-Spülung gemacht worden und der andere eine sichere Urethritis posterior war.

Bei den übrigen 14 Fällen mußte die angewandte Methode alsbald aufgegeben werden.

Unter den restlichen 8 Fällen zeigten vier insofern einen Mißerfolg, weil angesichts des in der Folge auftretenden Oedema praeputii, diese forcierte Behandlung sich unmöglich machte.

Fall 1. M. J., Urethritis acuta ant. Koitus vor 8 Tagen, Ausfluß seit 1 Tag. Gelber Eiter; I. leicht getrübt, II. klar, Gc. +.

4. XI. 5% Protargol + 2,0 Arthigon, 5. XI. 5% Protargol + 2,0 Arthigon, 6. XI. 10% Protargol + 2,0 Arthigon, 7. XI. 5% Protargol + 2,0 Arthigon, 8. XI. 5% Protargol + 2,0 Arthigon, 9. XI. Reichlich gelber Eiter. Beide Portionen trüb. Oedema praeputii.

Fall 2. P. P., Urethritis acuta ant. Koitus vor 5 Tagen, Ausfluß seit 1 Tag. Reichlicher gelber Ausfluß; I. trüb, II. klar, Gc. +.

29. VII. 5% Protargol, 30. VII. 5% Protargol, Urin klar, I. mit Flocken, 31. VII. Janet, etwas Sekret, I. leicht getrübt, II. klar; starkes Brennen beim Urinieren, 2. VIII. 5% Protargol, gelber Eiter, I. trüb, II. klar, Gc. +, 3. VIII. Oedema praeputii, kein Sekret, Urin klar.

Fall 3. F. B., Urethritis acuta ant. Koitus vor 7 Tagen, Ausfluß seit 1 Tag. Gelber Eiter, I. leicht getrübt, II. klar, Gc. +.

25. VII. 5%, 26. VII. 5%, 27. VII. 10% Protargol; 28. VII. Janet; 29. VII. 1/2% Argent. nitr., Urin klar; 31. VII. 5% Protargol, reichlich gelber Eiter; I. trüb, II. fast klar, Gc. +, 1. VIII. Oedema praeputii, etwas Sekret; I. leicht getrübt, II. klar.

Fall 4. B. F., Urethritis acuta ant. 3 Tage krank. Gelber Eiter; I. leicht getrübt, II. klar.

Digitized by Google

16. V. 5% Protargol, 17. V. 10% Protargol, viel gelber Eiter, I. leicht getrübt, II. klar; 18. V. 10% Protargol-Argonin 4,0 : 200,0 3 × tgl.; 26. V. Argent. nitr. 0,1 : 200,0; 3. VI. Argent. nitr. 0,2 : 200,0; 11. VI. Protargol 1,0 : 200.0, Gc. +; 21. VI. 10% Protargol; 22. VI. 1% Argent. nitr.; 24. VI. 5% Protargol; 25. VI. Oedema praeputii, gelblicher Eiter; I. fast klar, II. klar.

In jedem von diesen 4 Fällen sieht man deutlich ein klinisches Bild, entstanden als Folge einer seit längerer Zeit bestehender pathologischer Veränderung; allemal bestand Ausfluß von gelbem Eiter, und war die I. Urinportion bereits leicht getrübt, einmal sogar ganz trüb. Alle 4 Fälle zeigten, wenigstens schon nach 24 Stunden, Erscheinungen in Form eines deutlichen Ausflusses, die Anamnese variiert zwischen 5—8 Tagen.

Wenn auch in den ersten 10 Fällen die Behandlung einen vollen Erfolg zeigte, darf man doch nicht in jedem geeignet aussehenden Falle diese forcierte abortive Behandlung anwenden.

Im Falle 3 sieht man in den ersten 5 Tagen einen scheinbaren Erfolg trotz bestehender Kontraindikation (Koitus vor 7 Tagen; 24 Stunden Ausfluß; Urin schon leicht getrübt; ausgesprochener gelber Eiter), den 5. Tag findet man sogar den Urin klar; 2 Tage später sieht man schon einen starken gelben Eiter, der Urin in beiden Portionen klar mit positiven Gonokokken. Den folgenden Tag Oedema frenuli, als Zeichen eines tiefen Prozesses, welcher durch diese Methode keineswegs kupiert, sondern vielmehr dadurch hervorgerufen wurde.

Im Falle 1 kommt es am 6. Tage trotz Arthigon zu starkem Eiterausfluß und vollkommen trübem Urin und zur Entstehung eines intensiven Oedema praeputii, als Symptom einer starken patholgischen Veränderung, welche sicher schon vor dem Beginn der Behandlung bestanden hatte.

Im Falle 4, bei welchem die Erkrankung seit 3 Tagen besteht, zwang die noch immer reichliche Eitersekretion zum Aufgeben der Behandlung und zur Anwendung milderer Mittel.

Die 4 weiteren Fälle sind insofern von Bedeutung, als die bei ihnen entstandenen Komplikationen mit der forcierten Behandlung in Verbindung stehen.

Zwei Fälle machten zunächst den Eindruck eines guten Behandlungserfolges, als plötzlich in einem Falle nach 1% igem und in einem zweiten nach 2% igem Argent. nitr. neuerlich Eiter und trüber Urin zum Vorschein kam, also Urethritis posterior, sowie Erscheinungen seitens der Prostata.

In 2 anderen Fällen ließ sich von Anfang an die Behandlung nicht durchführen, weil wegen andauernden Eiterflusses immer wieder Protargol gegeben werden mußte.

Auch kam es bei dem einen nach 3 Wochen zu Haematuria terminalis, beim zweiten nach 4 Wochen zu einer Epididymitis, als sicherer Beweis, daß die Gonokokken in die hintere Harnröhre getrieben worden waren.

Zwei Krankengeschichten, welche eine ganz selbständige Gruppe bilden, sind von Interesse, weil sie schon von Anfang an Urethritis posterior waren.

In beiden Fällen besteht Eiterausfluß mit positivem Gonokokkenbefund.

Digitized by Google

In einem wurde die ersten 4 Tage neben 5%igem Protargol täglich 2,0 Arthigon angewendet; wegen noch immer bestehender Eitersekretion wurde am 5. Tag Argonin 1,0—2,0 : 200,0 dreimal täglich und nachher Argent. nitr. 0,1 : 300,0 angewendet. Wenn es auch klar war, daß die Veränderungen von Anfang an ihren Sitz in der hinteren Harnröhre hatten, ist trotz alledem keine unangenehme Komplikation entstanden. Im zweiten wurde die Harnröhre die beiden ersten Tage mit schwacher Kal.-permang.-Lösung gespült und vom 3. Tage ab die forcierte abortive Behandlung angewendet, wobei der Urin ständig klar geblieben ist, doch mußten, weil immer noch Flocken vorhanden waren, durch weitere 4 Wochen Instillationen von Argent. nitr. mittels Guyonscher Spritze gegeben werden.

In Kürze will ich noch 12 Fälle erwähnen, bei welchen die abortive Methode nicht bis zu Ende durchgeführt werden konnte; trotzdem wurden alle ohne Komplikationen vollkommen geheilt.

Bei 6 Fällen, welche einen atypischen Verlauf zeigten, blieb der Urin, welcher sehr schnell klar geworden, auch vollkommen klar bis zum Schluß der Behandlung.

Die 6 anderen Fälle, die gleichfalls einen atypischen Verlauf hatten, zeigten stärkeren Ausfluß und vollkommen trüben Urin.

Von diesen 6 ersten Fällen, mit atypischen Behandlungsverlauf, bei welchen der einmal klar gewordene Urin auch ständig klar geblieben ist, wurde bei 4 Fällen sofort in den ersten 3 Tagen neben 5%igem und 10%igem Protargol auch täglich 2,0 Arthigon angewendet. Bei 3 Fällen wurde sofort nach 4—5maliger 5%iger und 10%iger Protargolanwendung ein schwaches ½—1%iges Protargol dreimal täglich oder ein schwaches Argent. nitr. 0,1 : 300,0 angewendet, und es kam sehr schnell zu vollkommener Heilung.

Bei den übrigen 3 Fällen wurde die begonnene forcierte Behandlung in der Weise durchgeführt, daß wegen zu starker Reaktionen Kal.-permang.-Spülungen eingeschaltet wurden, oder Argent. nitr. angewendet wurde. In jedem einzelnen von diesen 3 Fällen kam es nach einiger Zeit neuerdings zu leichter Sekretbildung mit einzelnen Gonokokken, so daß in allen 3 Fällen nach mindestens 2—3 Monaten immer wieder abwechselnd Protargol und Argent. nitr. angewendet wurde. Bei allen 6 Fällen wurde die begonnene forcierte Behandlung insofern atypisch durchgeführt, als vom Anfang an wegen starker Reaktion und ständigem Sekret, längere Zeit Protargol und ebenso Argent. nitr. angewendet wurde. In jedem einzelnen von diesen 6 Fällen zeigte sich neuerdings starker Eiter während der Behandlung selbst mit positivem Gonokokkenbefund und trübem Urin; dieselbe Behandlung fortgesetzt, entfernte diese Erscheinungen und führte nach längerer Zeit zur Heilung.

Von ganz besonderen Wert sind noch die letzten 2 Fälle, bei welchen sofort von Anfang die forcierte starke Behandlung kombiniert wurde mit der langsamen schwachen. Bei beiden, Koitus vor 7 Tagen, typischer gelber Eiter, Urin leicht getrübt. Den 1. Tag gab ich sofort 5%iges Protargol; schon den nächsten Tag schwand der Eiter und jedes subjektive Krankheitsgefühl vollkommen. Da ich diese nicht absolut indizierten Fälle der Gefahr einer Komplikation nicht aussetzen wollte,

Digitized by Google

verschrieb ich in beiden Fällen sofort den 2. Tag eine 1 %ige Argoninlösung, womit der Patient selbst durch einige Tage dreimal täglich einspritzte; nach ebenso angewendetem $^1/_3$ %igen Argent. nitr. konnte ich sehr schnell einige Argent.-nitr.-Instillationen geben und die Behandlung vollkommen erfolgreich beenden. Der Patient hat nach der ersten und einzigen 5 %igen Protargolinjektion für gewöhnlich gar keine subjektive Empfindung während der ganzen Behandlung.

Zwei Momente sind von der größten Wichtigkeit, ein allgemeines und ein spezielles: das erste allgemeine Moment, daß alle absolut kontraindizierten Fälle aus jeder Kombination entfallen, das zweite, nur für diese Behandlungsmethode spezifische, eine unbedingte Sicherheit, daß der Patient am Tage nach der ersten 5 %igen Protargolinjektion, zur Behandlung kommen und dieselbe fortsetzen wird.

Die kontraindizierten Fälle muß man sofort ausscheiden und diese abortive Behandlung nur bei absoluten Indikationen durchführen, und zwar nur bei Fällen mit der kürzesten Anamnese von 2—4 Tagen, mit rein schleimigem — nie eitrigem — Sekret.

Bei allen übrigen Fällen soll man diese Behandlungsmethode nie anwenden, wegen eventuell schwerer, nie im vorhinein zu bestimmenden Komplikationen, wenn auch meine ersten 10 Fälle absolut geheilt sind.

Es wäre angezeigt, in jedem einzelnen Falle, wo diese Behandlungsmethode angewendet wird, sofort einige Tage hindurch Arthigon als Prophylaktikum, für jede mögliche Eventualität, zu geben.

Die Kombination dieser Behandlungsmethode mit der gewöhnlichen, ist insofern von großem Wert, als es sich gezeigt hat, daß bei den Fällen, die nicht für diese Methode indiziert sind, das sofort angewendete 5 %ige Protargol den akuten Prozeß geradezu abgeschnitten hat und die zugleich fortgesetzte Behandlung mit $^1/_2$ %igen Protargol oder Argonin dreimal täglich sehr schnell zum Ziele geführt hat, zur vollkommenen Heilung, ohne irgend welche subjektive Unannehmlichkeiten und irgend welchen Störungen.

Man kommt nach alledem zu folgenden Schlüssen:

1. daß diese abortive Behandlungsmethode in jedem einzelnen dazu indizierten Falle durchgeführt werden soll;

2. daß sie bei dazu kontraindizierten Fällen absolut nicht angewendet werden darf, und daß jener Fall ganz besonders kontraindiziert ist, welcher nicht täglich zur Behandlung kommen kann;

3. daß bei jedem Falle, der für diese Methode nicht absolut indiziert ist, die Kombination von 5 %igem Protargol am 1. Tage und Fortsetzung mit schwachen Protargol- oder Argoninlösungen, den idealsten Erfolg zeigt.

Digitized by Google

Versammlungen.

Wissenschaftliche Ärztegesellschaft Innsbruck.

Sitzung vom 19. Januar 1923.

Lode zeigt zwei am Kopfe mit **Favus** behaftete graue Mäuse, die er in Innsbruck eingefangen hatte. Da Vortr. seit geraumer Zeit sich auf diese Weise mit Tiermaterial eindeckt, ohne an ihm je Favus gesehen zu haben, so ist bemerkenswert, daß die Tiere in einem Raume gefangen wurden, wo sich Kisten mit Nahrungsmitteln aus Hamburg befanden. Da in Hamburg Favus bei Mäusen endemisch vorkommt, ist die Annahme einer Einschleppung begründet.

Die Züchtung ergab vermutlich Achorion violaceum.

Merk macht sich erbötig, mit Lodes Kulturen einen Kranken seiner Klinik, der sich dazu erbötig erklärt hat, zu impfen.

Sitzung vom 9. Februar 1923.

Krösl (Klinik Merk) demonstriert einen Kranken mit **papulösem Syphilid.** Die vor 10 Tagen bestandenen Erscheinungen (Corona Veneris, Impetigo capillitii, seborrhoische Papeln an den Nasenlippenfurchen, reichliches Exanthem am Stamme, nässende Papeln um den After) sind lediglich nach intravenösen Einspritzungen von Natriumvanadanat unter Pigmentierung fast vollkommen geschwunden.

Sitzung vom 2. März 1923.

Fischer zeigt den am 20. Januar mit Mäusefavuskultur am Unterarm geimpften Kranken. Am 3. Februar erschien ein linsengroßer geröteter, kaum schuppender Fleck, der am 10. Februar hellerstückgroß wurde, am 23. ein kleines Schüppchen, am 26. ein deutliches Skutulum. Die Kulturen hiervon unterschieden sich in nichts von den von den Mäusen gewonnenen.

Steyrer spricht über sogenannte **Pseudoleukämien** und erörtert anschließend an die Vorstellung zweier Kranker die klinische Unterscheidung zwischen aleukämischer Lymphadenose und malignem Granulom.

Merk skizziert das Bild der Hodgkinschen Erkrankung, wie es dem Dermatologen unterkommt, und erinnert an seine diese Krankheit betreffenden Befunde von Sporenarten, die Hyphomyzeten (Eumyzeten) zuzurechnen wären (Virch. Arch., Bd. 230).

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

b. Penis, Urethra, Blase.

Über Mikrobenbefund bei zehn Fällen von akuter eitriger Zystitis (Sul reperto microbico in dieci casi di cistite acuta purulenta), von N. Pane und G. Cirillo. Bakteriol. Inst. Neapel. (Riforma med., 1922, Nr. 37.) Die Verff. haben den frisch gelassenen Harn von zehn Fällen von eitriger, bisher unbehandelter Zystitis bakteriologisch auf das eingehendste untersucht, um die die Entzündung der Blase hervorrufenden Keime festzustellen. Sie bedienten sich hierbei der gesamten Hilfsmittel der modernen Bakteriologie, um namentlich die vorgefundenen Keime genau zu identifizieren, und gelangten zu folgenden Resultaten: 1. In 100 % ihrer Fälle war die Blasenentzündung hervorgerufen durch Keime, welche längs der Harnröhre in die Blase gelangt waren.

Digitized by Google

2. Hinsichtlich der Infektionskeime handelte es sich in den meisten Fällen um eine Mischinfektion und nur in 30% der Fälle war die Infektion durch einen einzigen Keim, welcher aber nie ein und derselbe war, bedingt. 3. Besonders überraschend war aber das Faktum der konstanten Abwesenheit des typischen Bacterium coli, was beweisen könnte, daß man bisher dessen Wichtigkeit für die Ätiologie der Zystitis übertrieben habe. E. Freund-Triest.

Über Elektrokoagulation der Blasengeschwülste (Sull' Elettro-coagulazione dei tumori vescicali), von E. Mancini. (Riforma med., 1922, Jg. 38, Nr. 24.) Beschreibung der Technik der Elektrokoagulation, wie sie in der urologischen Klinik in Paris üblich ist. Die Erfolge sind gut bei kleineren noch benignen Papillomen. Bei großen und schon malign degenerierten ist der chirurgische Eingriff indiziert.
E. Freund-Triest.

Über spontane Harnblasenrupturen, von R. Dittrich-Breslau. (D. m. W., 1922, Nr. 29, S. 974—975.) In einem Fall von spontaner Blasenruptur bei Lues cerebrospinalis konnte nachträglich ein Trauma als Ätiologie eruiert werden. Der histologische Befund der Blasenwand war normal. F. Harry-Berlin.

Über einige seltene, Neoplasmen vortäuschende Entzündungsformen der Harnblase (Sopra alcune forme infiammatorie rare della vescica urinaria simulanti un neoplasma), von T. Cimino, Urolog. Klin. Palermo. (Policlinico, 1922, Nr. 38.) Detaillierte Krankengeschichten von fünf Fällen von vesikalen und perivesikalen Entzündungsprozessen, bei welchen eine Verwechslung mit Tumoren sehr leicht erfolgen konnte, wo aber der Weiterverlauf den entzündlichen Charakter der Affektion zeigte. Es handelte sich in vier Fällen um eine „brettharte Phlegmone" teils der vorderen Blasenwand, teils des Cavum Retzii, während in einem Falle die Erkrankung durch eine Schußwunde und nachfolgende Infektion der Blasenwand durch einen Fremdkörper hervorgerufen worden war. Dieser eine Fall kam durch Operation zur Heilung, während es bei den anderen durch Spontandurchbruch des Phlegmone-Eiters in die Blase zur Genesung kam. E. Freund-Triest.

Thermopenetration in der Therapie der weiblichen Blasenerkrankungen, von Iwan v. Büben-Budapest. (Zbl. f. Gynäk., 1922, Nr. 28, S. 1145.) Die Thermopenetration (oder Diathermie) ist ein Heilverfahren, bei dem ein elektrischer Strom mit hoher Spannung und schneller Wechselzahl in den Körper eingeführt wird und der sich in der Tiefe des Körpers in Wärme umwandelt. Es kamen hauptsächlich Inkontinenz und schmerzhaftes Urinieren als dominierende Beschwerden einer bestehenden Zystitis zur Behandlung. Bei der extravesikalen Therapie wurde eine Olivenelektrode mit Thermometer (Kellu) in die Blase und eine handtellergroße Bleiplatte auf die Symphyse gebracht. Es wurden 30 Fälle so behandelt. Die „intravesikale" Therapie, an 20 Fällen erprobt, hatte bessere Erfolge. Verf. füllt die Blase mittels einer von ihm angegebenen Elektrode an und legt die andere zweite Elektrode wieder auf die Symphyse. Der Unterschied liegt darin, daß jetzt bei gefüllter Blase die ganze Ausdehnung der Blasenschleimhaut die volle Wärme durch den guten Wärmeleiter, physiolog. Kochsalz, erhält. Es wurden drei Sitzungen wöchentlich ausgeführt, nach 10—12 Behandlungen, also vier Wochen, war im allgemeinen meist Heilung erreicht worden. Bei Enuresis nocturna trat schnell Besserung, wenn auch noch nicht Heilung auf. In allen drei beobachteten Fällen traten die ersten freien Tage schon nach 2—3 Sitzungen auf. An die von Nagelschmidt beobachtete bakterizide Wirkung kann Verf. bei der hohen Thermostabilität der in Betracht kommenden Bakterien (Koli, Staphylo- und Streptokokken) nicht glauben. A. Rosenburg-Berlin.

Urinaltherapie der Enuresis, von Plato-München. (M. m. W., 1922, Nr. 12, S. 438.) Empfehlung des Urinals „Wota". Es hat sich bei Enuresis wirksam erwiesen. Der Weg der Wirkung geht wohl über die Psyche.
A. v. Notthafft-München.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Prostataabszeß als Komplikation einer kruppösen Pneumonie (Di un ascesso prostatico insorto come complicanza di una pneumonite crupale), von C. Chiandino-Turin. (Policlinico, 1922, Nr. 39.) Beschreibung eines Falles von Prostataabszeß nach abgelaufener Pneumonie. Heilung durch Spontandurchbruch in die Urethra. Im Eiter fanden sich einwandfreie Pneumokokken. E. Freund-Triest.

Über schwere Störungen der Darmmotilität als Fernsymptom einer Prostatitis, von Oswald Schwarz-Wien. (Kl. W., 1922, Nr. 24, S. 1206.) Bei einigen

Digitized by Google

Patienten beobachtete Verf. heftigste Krämpfe im rechten Unterbauch mit Ausstrahlung zur Mittellinie und ein zweites Schmerzzentrum um den Nabel; Auftreten der Schmerzen in den späten Nachmittags- oder frühen Morgenstunden. Beendigung des Anfalls nach Abgehen von Flatus; stets mehr oder weniger hochgradiger Meteorismus. Bei allen Patienten in dem einen der Prostatalappen haselnuß- bis kirschkerngroßes, weiches, sehr druckschmerzhaftes Infiltrat mit eitrigem Sekret. Durch Massage dieser Infiltrate Beseitigung der schmerzhaften Darmsymptome. Ursache der Prostatitis in einem Fall blennorrhoisch, sonst nicht blennorrhoisch (Grippe, Angina usw.). In ähnlichen Fällen ist an diese Ursache bei Darmstörungen zu denken. Verf. erklärt das Fernsymptom durch Tonusverschiebung im Körper, ähnlich dem Einfluß der gefüllten Blase auf den Blutdruck. E. Langer-Berlin.

Die ideale Prostatektomie, von G. Mertens-Bremen. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 31, S. 114). Verf. läßt bei suprapubischen Prostatektomien die suprapubische Drainage fort und vernäht die Blase durch eine fortlaufende Naht. Ein Dauerkatheter wurde eingelegt. In letzter Zeit hat Verf. auch den Dauerkatheter weggelassen, da er mehrmals schon nach mehr oder weniger kurzer Zeit, weil der Katheter durch Blutkoagula verstopft wurde, weggenommen werden mußte, was Pat. niemals schadete. Verf. empfiehlt deshalb den primären Blasenschluß, ohne Drainage, eine Methode, die er analog der Cholezystektomie „ideal" nennt. A. Rosenburg-Berlin.

Über kombinierte Prostatektomie, von A. Läwen-Marburg. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 126, H. 2—3.) Verf. verbindet die perineale mit der transvesikalen Prostatektomie. Schnitt in Mittellinie des Dammes, quere Durchtrennung des M. recto-urethralis. Ein Langenbeckscher stumpfer Haken drängt die Prostata nach vorn. Blase suprapubisch geöffnet, Ausschälung der Prostata und Dauerkatheter. Vorteile: wesentliche Blutstillung, Prostatakapsel wird nicht nach hinten durchtrennt, nach kurzer Zeit Heilung. Die Blutung wird durch die Kompression seitens des eingeführten Hakens und durch die an Stelle des Hakens eingelegte Tamponade sofort gestillt, diese Tamponade beugt auch einer Infektion vor. Durch die Erhaltung der hinteren Prostatakapsel werden Fistelbildungen vermieden; durch diese Operation wird die Potenz nicht beeinträchtigt. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Singultus bei Harnretention infolge Prostatahypertrophie, von Herbert Schoen-Halle a. S. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 22, S. 785.) Singultus wurde von Küttner und Marion in vier resp. acht Fällen nach Eingriffen am Harnapparat beobachtet, darunter im ganzen zehnmal nach Eingriffen nach Prostatahypertrophie. Verf. sah nun bei einem 80jähr. Pat. aus völligem Wohlbefinden heraus plötzlich einen Singultus auftreten, ohne daß irgend welche Erkrankung des Pleura- noch Peritonealraumes nachzuweisen war. Der Singultus war so intensiv, daß er selbst den Schlaf und die Nahrungsaufnahme unmöglich machte. Da eine Blockierung oder Durchtrennung des N. phrenicus abgelehnt wurde, wurde ein Dämmerschlaf versucht. Der Singultus unterblieb im Dämmerschlaf, kam aber später sofort prompt wieder. Da beim Abtasten des Leibes die gefüllte Blase auffiel, wurde festgestellt, daß es in den letzten Tagen wohl zum Harnträufeln, aber nicht zur völligen Entleerung der Blase gekommen war. Nachdem durch Katheterismus die Blase entleert worden war, verschwand der Singultus allmählich. Es konnte nun, wie ein Experiment, durch Nichtentleeren der Blase der Singultus wieder ausgelöst werden, um durch Entleerung wieder zu verschwinden. Wie in dem Falle von Küttner bestand eine Zystitis. Da die Blutuntersuchung nicht gemacht werden konnte, konnte eine Stickstoffretention nicht mit Sicherheit für den Singultus verantwortlich gemacht werden, wie es Marion annahm, jedoch glaubt auch Verf., daß eine Toxinwirkung infolge Harnstauung als Ursache des Singultus anzunehmen sei. Der mechanische Druck auf das Nierenbecken wird nicht für hochgradig genug gehalten, um den Singultus auszulösen. A. Rosenburg-Berlin.

Über die Zwischenzellen des Hodens, von Carl Sternberg-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 29, S. 632.) Darstellung der Entwicklung und des Verhaltens der Zwischenzellen unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Ihre Funktion ist noch keineswegs völlig geklärt. Zum Teil werden sie für ein trophisches Hilfsorgan des generativen Hodenanteils gehalten, manche sprechen ihnen eine resorptiv-sekretorische Funktion zu, andere glauben in ihnen einen kompensatorischen Ersatz für untergegangenes Hodenparenchym zu sehen. Eine innersekretorische Beeinflussung der äußeren Geschlechtscharaktere und des Gesamtorganismus durch die Zwischenzellen im Sinne der „Pubertätsdrüse" ist vorläufig nicht bewiesen und steht im Gegensatz zu zahlreichen Beobachtungen normaler und pathologischer Erscheinungen. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Geschlechtszellen oder Zwischenzellen? Kritisches Referat über die Ergebnisse der einschlägigen Arbeiten des letzten Jahres, von Benno Romeis-München. (Kl. W., 1922, Nr. 19, 20, 21, S. 960, 1005 und 1064.) In einer eingehenden Arbeit unter Heranziehung der gesamten letztjährigen in- und ausländischen Literatur beschäftigt sich Verf. mit dem Problem der Zwischenzellen und der Geschlechtszellen. Folgende Kapitel seien aus dem Referat hervorgehoben: 1. das Vorkommen der Hodenzwischenzellen, 2. die experimentelle Beeinflussung der Hodenzwischenzellen, 3. Ergebnisse der Hodentransplantation, 4. die Geschlechtsumstimmung, 5. Zwitterbildung und Zwischenzellen, 6. Homosexualität und Zwischenzellen, 7. die Verjüngung. Auf Grund eigener Studien und der Literatur kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß nicht die Zwischenzellen, sondern die Geschlechtszellen das Hormon liefern, durch das die Geschlechtsmerkmale bedingt werden. Immerhin ist auch den Zwischenzellen unter bestimmten Bedingungen und zu gewissen Zeiten eine resorptiv-sekretorische Tätigkeit zuzuerkennen. Bei dem Studium der Resorption des Geschlechtshormons ist zu beachten, daß diese nicht nur im Hoden, sondern auch in den genitalen Adnexen vor sich geht, wobei besonders an die Kanälchen des Nebenhodens zu denken ist. Es wäre dann zu berücksichtigen, daß die nach Unterbindung auftretende Hypertrophie der Zwischenzellen eine Kompensation für den ausgeschalteten normalen Resorptionsort in den Adnexen darstellt. Auch das eventuelle Hypertrophieren der Zwischenzellen vor der Pubertät und im Alter könnte durch einen noch nicht voll oder nicht mehr resorptiv-funktionierenden Nebenhoden erklärt werden. In dieser Richtung muß die weitere experimentelle und klinische Forschung arbeiten. E. Langer-Berlin.

Das Verhalten der Zwischenzellen bei Hodenteratom, von A. Dietrich-Köln. (Versammlg. d. Vereinig. Westdeutsch. Patholog. zu Düsseldorf, 24. VII. 1921, refer. von Bertzke-Düsseldorf; Zbl. f. Pathol., 1922, Bd. 32, Nr. 14, S. 369—370.) An Hand eines obduzierten Falles erörtert D. die von Hedinger aufgeworfene Frage, ob eine Vermehrung der Zwischenzellen durch den endokrinen Einfluß des Tumors zu erklären sei, oder ob eine Hyperplasie der Zwischenzellen die einseitige Entwicklung des Chorionepithelioms begünstigt. Nach D.s Befunden sind die Veränderungen der Zwischenzellen Folgeerscheinungen der größeren Inanspruchnahme der (Resorptionsorgane darstellenden) Zwischenzellen. F. Jacobsohn-Berlin.

Die Protoplasmahysteresis und das Verjüngungsproblem, von Ruzicka-Prag. (D. m. W., 1922, Nr. 28, S. 931—932.) Versuche an Ratten, die nach Steinach operiert waren, ergaben, daß die Protoplasmahysteresis, d. h. der mit dem Alter fortschreitende Kondensationsvorgang der lebenden Substanz geringer war als bei gleichaltrigen nichtoperierten Tieren. Der Grad der Hysteresis wurde an der Wasserstoffionenkonzentration und an der Alkoholmenge gemessen, die zur Ausflockung der vom Organismus hergestellten kolloidalen Lösung erforderlich ist. Die letztere Methode ergab, daß die Verjüngung durch Dissimilationsvorgänge gekennzeichnet ist.
F. Harry-Berlin.

Weitere Erfahrungen über Hodentransplantation beim Menschen, von E. Kreuter. (Verhandlg. 6. Tagung d. Vereinig. bayrischer Chir. in München, 2. VII. 1921; D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 172, H. 5—6.) Transplantate eines Leistenhodens zeigten nach 3 Wochen vollkommene Nekrose des generativen Anteils und starke Verminderung der Zwischenzellen. Auch diese verschwinden allmählich vollkommen. Nach 2 Jahren ist das Transplantat restlos verschwunden. Die Implantation eines heterosexuellen Leistenhodens bei einem einseitig kastrierten Homosexuellen ist wirkungslos. Die Einpflanzung eines homosexuellen Hodens bei einem doppelseitig kastrierten, ursprünglich heterosexuellen Individuum führt zu keiner Umstimmung der früheren Triebrichtung.
E. Levin-Berlin.

Theorie und Ausführung der Steinachschen Operation (Theory and Practice of the Steinach Operation), von Harry Benjamin-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 4.) Besprechung der anatomischen und experimentellen Grundlagen der Operation, ihrer Technik und Erfolge sowie der gegen deren tatsächliches Bestehen erhobenen Einwände. Es erscheint dem Verf. unzweifelhaft, daß mit der Operation eine Beeinflussung des endokrinen Systems und klinische Erfolge im Sinne einer Regeneration erzielt werden können und auch erzielt worden sind. E. Levin-Berlin.

Über die neueren Bestrebungen der Hodenüberpflanzung, von Richard Mühsam-Berlin. (Med. Klin., 1922, Nr. 16, S. 502.) Bei derartigen Eingriffen darf es sich nur um Operationen handeln, durch die der Träger des Leistenhodens ohne andere Hoffnung auf Besserung von den dauernd vom Hoden ausgehenden Qualen be-

Digitized by Google

freit wird. Andere Rücksichten als das Wohl des Trägers scheiden bei dieser Feststellung aus. — Schlußwort von Oscar Rosenthal. Genugtuung über die Zustimmung Mühsams, der auch die Entfernung des Leistenhodens zugunsten eines Zweiten verwirft. G. Heymann-Elbing.

Die nicht tuberkulösen Samenblasenentzündungen (Les vesiculites non tuberculeuses), von Legueu. (Progr. m., 1922, Nr. 36). Außer der nachweislichen Infektion der Samenblasen vom Ureter aus, scheint auch eine Infektion vom Blute aus möglich. Es werden folgende Formen der nicht tuberkulösen Samenblasenentzündungen unterschieden: 1. Die blennorrhoische; sie ist fast sicher vorhanden bei Individuen mit blennorrhoischer Hodenentzündung, sie wird häufig chronisch. Behandlung: Vakzine, Massage. 2. Entzündung bei Prostatikern, oft eitrig, erfordert Inzision, ist vielleicht die Ursache bestehen bleibender Harnstörungen nach Prostatektomie. 3. Vesikulitis und Staphylokokkeninfektion. 4. Prostata und Vesikulitis; unter irgend welchen Einflüssen aufgetretene Samenblasenentzündungen können durch die Induration, Deformation, Volumen Erscheinungen eines Prostatikers hervorrufen. E. Levin-Berlin.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Über Nierenerkrankungen nach Angina, von J. E. Kayser-Petersen und E. Schwab, Hosp. z. Heil. Geist, Frankfurt a. M. (M. m. W., 1922, Nr. 16, S. 580.) An der Frankfurter Klinik wurde 1915 bis einschließlich 1921 in 7,5% bei Angina Nierenerkrankung gefunden; bei auf die Mandeln beschränkter Angina in 6,3%, bei Peritonsillitis in 13,6%. In 28% war das Nierenleiden Glomerulonephritis, in 34% Herdnephritis, in 38% leichte Nierenreizung; einmal kam es zu schwerer Urämie. Schwere der Angina bedingt nicht Schwere der Nierenerkrankung und umgekehrt. Letztere tritt im Anfang auf der Höhe der Angina, gelegentlich aber auch erst in der Rekonvaleszenz auf. Wenn auch nicht durchgängig, so tritt doch sehr häufig die Herdnephritis ohne Blutdrucksteigerung gleichzeitig, die mit Blutdrucksteigerung einhergehende Glomerulonephritis erst nach Ablauf der Angina auf. Die Prognose ist bei frühzeitiger Feststellung und Behandlung günstig. Bei Wiederauftreten der Angina flackert das Nierenleiden meist auch wieder auf. A. v. Notthafft-München.

Über die Bedeutung der renalen Schwangerschaftsglykosurie für die Diagnose der Schwangerschaft, von A. Seitz und F. Jess-Gießen. (M. m. W., 1922, Nr. 1, S. 6.) Verff. konnten die Angabe von Frank und Nothmann, daß in den ersten Schwangerschaftsmonaten auf Verabreichung von 100 g Traubenzucker nach einer Stunde Glykosurie mit solcher Regelmäßigkeit auftrete, daß es die Diagnose auf Schwangerschaft erlaube, nicht bestätigen. Es tritt nur bei Schwangeren vom zweiten bis zum siebenten Monate gleichmäßig dieser Vorgang auf, aber nur in 50 vom Hundert, vom achten Monat an für gewöhnlich nicht mehr. In der Zeit der Glykosurie überschreitet der Zuckergehalt des Blutes nicht die als etwa physiologische Grenze geltenden Werte. A. v. Notthafft-München.

Über die traumatische Nierenzyste, von Erwin Baumann-Wattwil. (M. m. W., 1922. Nr. 3, S. 87.) Beschreibung eines Falles. Die Zyste entsteht durch Blutung in die Hirnrinde. Im Gegensatz zu anderen Nierenverletzungen fehlt im Urin Blut. A. v. Notthafft-München.

Nierenveränderungen bei Bleivergiftung und Gicht, von Ad. M. Brogsitter und H. Wodarz-München. (D. Arch. f. kl. Med., 1922, Bd. 139, H. 3 und 4, S. 129 bis 142.) Nur ein kleiner Teil von Gichtnieren weist Uratdepots auf. Es ist daher nicht angängig, die Diagnose „Gichtniere" von dem Befund von Uratdepots abhängig zu machen. Die Blutgefäße der Niere sind beim Bleikranken und Gichtiker gleichsinnig und in schwerstem Maße alteriert. An den mittleren Arterien Auffaserung der Elastika, gewaltige Hypertrophie der Media — Arbeitshypertrophie als Folge der Blutdrucksteigerung (Jores). An der Intima der kleineren Gefäße Prozesse entzündlichen und degenerativen Charakters. Auch an den Glomeruli bei Blei- und Gichtnieren degenerative Veränderungen und entzündliche Vorgänge (Kernreichtum, Exsudatbildung im Kapselraum, Verklebung der Kapselbilder). Letztere bei den Gichtnieren stärker ausgebildet. Harnkanälchen bei Bleinieren: schwere, besonders die Hauptstücke betreffende Veränderung der Epithelauskleidung im Sinne einer Entartung, z. T. mit Kernverlust und fettiger Degeneration; bei Gichtniere Hauptstücke intakt, dagegen weitgehende anämische (?) Atrophie der Tubuli recti. Das krankmachende Agens scheint bei den Bleinieren in der Umgebung der Gefäße, entsprechend der Anordnung der kleinzelligen Infiltration,

Digitized by Google

und im Bereich der gewundenen Harnkanälchen seine schädigende und reizende Wirkung zu entfalten; bei der Gichtniere überall im Nierengewebe (regellos über Mark und Rinde zerstreute Züge von Entzündungsherden). Das starke Hervortreten von entzündlichen Prozessen im Verein mit Gefäßalteration verleiht Blei- wie Gichtniere ein charakteristisches Bild, und sondert sie bis zu gewissem Grade von anderen Schrumpfnieren. H. Soltmann-Leipzig.

Vitamine und Diabetes, von Klotz und Höpfner-Lübeck. (M. m. W., 1922, Nr. 13, S. 465.) Bei einer 12jährig. Zuckerkranken verschwand der Zucker wiederholt auf Zusatz von Gelbrübenpreßsaft zur Kost. Der Diabetes heilte aber nicht, sondern ging nur in Latenz über. A. v. Notthafft-München.

Über Pyelographie, von E. Pflaumer-Erlangen. (Verhandlg. 6. Tagung d. Vereinig. bayrischer Chir. München, 2. VII. 1921. D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 172, H. 5—6.) Nach Anwendung von Pyelon traten ähnlich wie früher nach Kollargol durch Eindringen in die Harnkanälchen und Glomeruli Nekrosen auf, die die schleunige Entfernung der hydronephrotischen Nieren erforderte. Man sollte deshalb zur Pyelographie nur echte Lösungen verwenden, z. B. Jodkalilösungen, jedoch nur ganz frisch hergestellte Lösungen von Kal. jodat. purissimum, da sich die Jodkaliumlösung leicht zersetzt und in ihr Jod frei wird, das Schaden oder Schmerzen verursachen könnte. E. Levin-Berlin.

Nierentumor durch Ureterenabschnürung, von Dax-München. (Verhandlg. 6. Tagung d. Vereinig. bayrischer Chir. München, 2. VII. 1921. D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 172, Nr. 5—6.) Kolikartige Schmerzen, in der Rückenlage schwindend, danach oft 1—2 Tage Urinverhaltung, worauf regelmäßig reichliche Urinentleerung. Links von der Wirbelsäule kleinapfelgroßer derber Tumor von glatter Oberfläche. Ureterenkatheterismus ergibt links reichlich Erythrozyten, zahlreiche große Zellen, mit Fetttröpfchen besetzt. Bei der Operation zeigt sich der angenommene Tumor als unterer Nierenpol, der durch eine tiefe Furche, in welcher der die Einschnürung verursachende Ureter verläuft, von der übrigen Nierensubstanz abgegrenzt ist. Nierenbecken erweitert. Nachdem der Ureter aus seinem Bette herausgehoben und in seine normale Lage gebracht war, schwanden Beschwerden und Harnstauung. E. Levin-Berlin.

Ein Anreicherungsverfahren zum Nachweis von wenigen oder in ihrer Wachstumsenergie gehemmten Keimen im menschlichen Harn, von Huntemüller-Gießen. (M. m. W., 1922, Nr. 10, S. 353.) Der kulturelle Nachweis von Bakterien im Harn kann schwierig sein, weil die Bakterien in der Niere durch Immunstoffe eine Wachstumshemmung erfahren, was auch noch im Urin erfolgen kann; hier können auch andere chemische Stoffe wachstumshemmend wirken. Dazu kommt gelegentlich die geringe Keimzahl. Die Anreicherung gelingt oft schon durch einfaches Einstellen des Harns in den Brutschrank. In anderen Fällen ist dagegen Abimpfung in Nährbouillon wirksamer. Bazillen der Blase bedürfen in der Regel keiner Anreicherung, während dieselbe Sorte und andere, wenn sie aus den Nieren stammen, dank der wachstumshemmenden Einflüsse in diesem Organ sie nötig haben können. Oft sind letztere auch in der Form und in den Erscheinungen der Kultur wesentlich verändert. Bei Nierentuberkuloseverdacht sollte vor dem kostspieligen Tierversuch erst das Anreicherungsverfahren versucht werden. Dieses ist wichtig für die Diagnose wie für die Therapie (Autovakzinetherapie). A. v. Notthafft-München.

e. Weibliches Genitale.

Tuberkulose der Niere und der Blase bei Frauen, von J. Skafianakis-Athen. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 6. S. 235—236.) Bei einem großen Teil der Fälle von Tuberkulose der Harnorgane hat Verf. feststellen können, daß bereits die Eltern der Patientinnen irgend welche deutliche Zeichen von Tuberkulose aufwiesen. In fast allen Fällen war die rechte Niere erkrankt, nur ganz selten die linke. Mehrmals war eine schwere Tuberkulose der Adnexe außerdem vorhanden. Häufig suchten die Pat. wegen Blinddarmreizung den Arzt auf, während es sich um eine rechtsseitige Nierentuberkulose handelte. Die meisten Pat. waren zwischen dem 20.—30. Lebensjahr. Oft wurde die Krankheit erst im Anschluß an ein Puerperium erkannt, da die Pat. vorher ganz beschwerdefrei waren. Als Frühsymptom der Nierentuberkulose ist stets Harnblutung, nur selten Pyurie festgestellt worden. Zur Diagnose hat sich die subkutane Tuberkulinprobe sehr bewährt. Die Behandlung war bei einseitiger Nierentuberkulose rein chirurgisch. Fälle von operierter Nierentuberkulose mit gleichzeitiger Blasentuberkulose wurden nach

Digitized by Google

der Operation nicht lokal, sondern nur intern behandelt. In mehreren Fällen von Blasentuberkulose bewährte sich die parenterale Terpichintherapie ausgezeichnet. Gegen die lästigen Blasentenesmen zeigten Buccoseperintabletten guten Erfolg. Verf. hält die chirurgische Behandlung der operabeln Fälle von Nierentuberkulose für die Methode der Wahl. Konservative Behandlung kommt nur bei doppelseitiger Nierentuberkulose oder sonstigen absoluten Kontraindikationen in Frage. Dann ist Tuberkulinkur, Bäderbehandlung und künstliche Höhensonne zu empfehlen. G. Assmann-Kiel.

Die Ballbehandlung der Prolapse, von Siegfried Sannen-Hamburg. (M. m. W., 1922, Nr. 3, S. 88.) Sannen empfiehlt bei Genitalprolapsen, die nicht operiert werden sollen oder können, das Einsetzen von einfachen Gummibällen, wie Leopold Landau schon vor 20 Jahren angegeben. Während die bekannten Pessare die Scheidenwände nie völlig zurückhalten und gelegentlich Druckerscheinungen bis zu tiefen Perforationen machen, wirken die Gummibälle flächenhaft und tragen die Scheidenwände gut und ohne Schädigung der Schleimhaut. Die Sekrete fließen ungehindert ab. Dekubitalulzera heilen hinter dem Ball ohne jegliche Behandlung ab. Das Wechseln des Balles geschieht alle 6 Wochen und zwar in der Weise, daß unter Leitung eines Zeigefingers eine Kugelzange in den Ball eingehakt wird; unter Entweichen der Luft folgt der Ball beim Herausziehen wie ein leerer Sack. Die Ballbehandlung ist von Sannen seit Jahren in größerem Umfang ausgeprobt und kann von jedem Kollegen mühelos durchgeführt werden. E. Delbanco-Hamburg.

Blasenverletzung durch Splitter eines in der Scheide zerbrochenen Hohlglas-Silikatpessars, von Rübsamen-Dresden. (M. m. W., 1922, Nr. 25, S. 934.) A. v. Notthafft-München.

Zur Technik von Scheidenspülungen, von Ludwig Zill-München. (M. m. W., 1922, Nr. 23, S. 860.) Das neue Spülgerät besteht im wesentlichen aus zwei ineinanderliegenden Rohren, das äußere mit den Scheideneingang abdichtendem Gummikragen ist Zulaufrohr, das innere bis ins Scheidengewölbe reichende Abflußrohr. Vollständigste Spülung, keine Gefahr. A. v. Notthafft-München.

Rectum und Anus.

Zur Entstehung und Behandlung der Mastdarmfisteln, von L. Rickmann-St. Blasien. (Kl. W., 1922, Nr. 24, S. 1208.) Die Ursache der Mastdarmfisteln ist meist Tuberkulose. Operativ ist es in vielen Fällen nicht möglich, einen Verschluß zu erreichen, dagegen gelingt dies oft und leichter durch Röntgenbestrahlung. Die rechtzeitige Erkennung der tuberkulösen Natur des Leidens ist für die Behandlung und Prognose sehr wichtig. Angabe der Bestrahlungstechnik. E. Langer-Berlin.

Über eine neue lokale Vakzinetherapie, von Leo Bonnin-Berlin. (Allg. m. Ztg., 1922, Nr. 34.) Auf Grund der zahlenmäßig nachweisbaren Verminderung von Kolibazillen durch Einwirkung von Kolivakzinen wurden diese aus einer großen Zahl verschiedener Stämme in Salbe und Zäpfchenform gebracht und zur Behandlung von Hämorrhoidalleiden, bei denen die Kolibakterien wahrscheinlich eine wichtige Rolle spielen, verwendet. Die Wirkung war bei Fällen mit seit längerer Zeit bestehenden Blutungen, frischen, sogenannten Hämorrhoidalanfällen, Ekzemen der Analgegend eine sehr gute, doch darf die Behandlung nicht nach Aufhören der subjektiven Beschwerden ausgesetzt werden, weil sonst Rezidive eintreten. Sie ist vielmehr drei Wochen durchzuführen und gibt dann Dauerheilungen. Das Medikament wird unter dem Namen „Posterisan" von Dr. Kades chemischer Fabrik in Berlin hergestellt. E. Levin-Berlin.

Zur Ätiologie der Fissura ani, von L. Kapelusch-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 28, S. 1201—1202.) Einer 37jähr. Frau wurde die Analfissur mit dem Lapisstift touchiert. Nach drei beschwerdefreien Monaten Wiedererscheinen mit denselben Klagen. Rektoskopie ergab Oxyuren. Das bei kontrahiertem Sphinoter ani ausgeführte gewaltsame Einführen des Zeigefingers in den Anus infolge Juckreizes war die Veranlassung der Fissur. Therapie gegen Oxyuren: Pulvis laxans mercurialis, täglich warme 1%ige Natr.-salicyl.-Klysmen. Seitdem parasiten- und beschwerdefrei. Wichtigkeit der Ätiologie für Diagnose und Therapie. Stets an Oxyuriasis denken und Kotpartikelchen der Afterhaare auf Parasiteneier untersuchen. H. Soltmann-Leipzig.

Zur Behandlung der Oxyuren, von Felix Franke-Braunschweig. (M. m. W., 1922, Nr. 1, S. 17.) Zur Vermeidung von Neuansteckungen neben körperlicher Reini-

Digitized by Google

gung auch besonders solche des Bettes (einschließlich Matratze und Unterbett). 2 bis 3mal tägl. graue Salbe in die Afterspalte, Reinigung nach dem Stuhlgang. Bei Tag und Nacht Hemdhose. So durch einen Monat. A. v. Notthafft-München.

Zur Therapie der Oxyuriasis, von W. Th. Schmidt-Fürstenberg. (M. m. W., 1922, Nr. 11, S. 400.) Die jetzt sehr häufige Pfriemenschwanzerkrankung verlangt 1. Behandlung vom Munde her. Verf. verwendete vor allem die Gelonida aluminii subacetici. 3mal tägl. 3 Tage lang 1,0 (Kinder 0,5, Säuglinge 2mal tägl. 0,5). 2malige Wiederholung nach jedesmaliger 3tägiger Pause. 2. Vernichtung der eistrotzenden Weibchen des Dickdarms. An den Kurtagen vor Schlafengehen nach Stuhlgang Einlauf von 1 Liter Wasser mit Zusatz von Essig, essigsaurer Tonerde. Gelonida 0,5 oder Knoblauchabkochung, aber auch nur von 20° Wärme. 3. Verhütung der Neuansteckung. Einfetten des Afters nach dem Einlauf mit Ung. ophthalm. (nicht immer wirksam) oder Ung. ciner. (bei kleinen Kindern angeblich nicht ganz unbedenklich); nachts Handschuhe und Badehose; Reinhaltung der Hände, Waschen vor der Mahlzeit, kurze Fingernägel, Abspülung des Afters nach Stuhlgang mit Essigwasser oder essigsaurer Tonerde, tägliche Bäder, öfterer Wechsel der Bettwäsche. A. v. Notthafft-München.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Zur medikamentösen Therapie sexueller Funktionsstörungen, von A. Kronfeld-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 29, S. 970—972.) Gute Erfolge mit „Juvenin", das aus Arsen, Yohimbin und Strychnin besteht, bei sexuellen Neurosen und bei Neurasthenie. F. Harry-Berlin.

Sterilität und Spermaimmunität, von E. Vogt-Tübingen. (Kl. W., 1922, Nr. 23, S. 1144.) Nach kurzer Darlegung der experimentellen Ergebnisse bei den Versuchen einer parenteralen Zufuhr von Spermaeiweiß bespricht Verf. unter diesem Gesichtspunkt rein hypothetisch einige klinische Beobachtungen, um mit dieser Arbeit zu weiterer Forschung auf diesem Gebiete anzuregen. Unklare Formen von Sterilität konnten auf Spermaimmunität zurückgeführt werden. Die Befruchtung bei der ersten Kohabitation und das Fortbleiben derselben bei späteren ließen sich analog den Erfahrungen der Tierzüchter leicht erklären, ebenso die Steigerung der Empfänglichkeit kurz nach der Menstruation. In dasselbe Kapitel gehört die Frage der sogenannten Kriegsschwangerschaften. Die Sterilität der Prostituierten findet leicht hierdurch ihre Deutung. Durch die Kohabitation kann es zu einer Ausreifung der hypoplastischen Genitalorgane durch den Einfluß der Spermaeiweißstoffe kommen. Auch der Einfluß eines übermäßigen Sexualverkehrs auf den weiblichen Körper läßt sich durch Spermaeiweißüberladung erklären. Möglichkeit eines toxischen Einflusses durch sexuelle Unmäßigkeit infolge Spermaresorption. Diesen Fragen ist bei Betrachtung der Sterilitätsursachen künftig größere Aufmerksamkeit zu widmen. E. Langer-Berlin.

Über Zunahme der sterilen Ehen seit dem Kriege, von A. Mayer-Tübingen. (Kl. W., 1922, Nr. 23, S. 1142.) In einer sehr interessanten kritischen Darlegung beschäftigt sich Verf. mit den Gründen der seit dem Kriege fraglosen Zunahme der sterilen Ehen. Wenn auch die Blennorrhoe an sich zugenommen hat, so spielt sie bei den beobachteten und beschriebenen Fällen keine Rolle. Genitaltuberkulose hat unter dem Krankenmaterial des Verf. sich nicht vermehrt. Eine geringe Vermehrung der Genitalhypoplasie spielt keine ausschlaggebende Rolle, allenfalls in Verbindung mit dem höheren Alter, in dem die betreffenden Frauen geheiratet haben. Von Bedeutung sind die Momente, die eine Veränderung in der Vita sexualis gebracht haben. Hier spielt eine wichtige Rolle die „sexuelle Disharmonie", die vielfach zu beobachten ist, einerseits eine bei den meisten Frauen der sterilen Ehen beobachtete Frigidität, andererseits bei vielen aus dem Felde gekommenen und jetzt schwer arbeitenden Männern fehlende Lust und Zeit für eine sexuelle Harmonie. Auf der anderen Seite hat ein gehäufter Sexualverkehr auf die Eierstocksfunktion eine Reihe anderer Fragen. Wir müssen biopositive und negative Spermaeinflüsse unterscheiden. E. Langer-Berlin.

Das Problem der Homosexualität, von R. Gaupp-Tübingen. (Kl. W., 1922, Nr. 21, S. 1033.) Verf. gibt eine Nebeneinanderstellung der verschiedenen hauptsächlichsten Theorien über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung der Homosexualität. Näheres darüber muß im Original nachgelesen werden.

E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Prostitution.

Über die experimentelle Wirksamkeit des Prophylaktikums „Veto“, von V. Russ-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 30—31, S. 1283—1293.) Das Präparat zeigt bei weißen Mäusen gegenüber Rekurrensspirochäten deutliche antiinfektiöse Wirkung. Auch ein postinfektioneller Schutz läßt sich feststellen, wenn die Infektion auf nicht makroskopisch verletzter Haut vorgenommen und das Intervall zwischen Infektion und Behandlung der Eintrittspforte nicht zu lange ausgedehnt wurde. In vitro besitzt das Präparat eine intensiv keimtötende Wirkung gegenüber Rekurrensspirochäten, Typhusbazillen und Staphylokokken; sie wird durch Anwesenheit von Eiweißsubstanzen nicht abgeschwächt. Für die Praxis wird das Mittel empfohlen, soll aber möglichst ante coitum angewendet werden. H. Soltmann-Leipzig.

Documentation démographique pour conférences sur les maladies vénériennes, von A. Lassueur-Lausanne. (Rev. Suisse rom., März 1922, Nr. 3, S. 171 bis 176.) Enthält statistische Angaben über Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten und deren Folgen. H. Soltmann-Leipzig.

Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Nürnberg, von Leonhard Voigt-Nürnberg. (M. m. W., 1922, Nr. 23, S. 861.) Ergebnis einer gemeinsam mit der Nürnberger Ärzteschaft und dem statistischen Amt durchgeführten Monatsstatistik vom November 1921. Zugrunde liegt ein Zählbogen, dessen Antworten vom Arzt durch Unterstreichen oder „Ja“ oder „Nein“ zu geben waren; die Beteiligung der Ärzteschaft war eine gute. Neben den Morbiditätsfragen wurden erfragt: Beruf, Alter, Familienstand, Wohnort, Beschäftigungsort, Arbeitsfähigkeit des Erkrankten, Beruf der infizierenden Person, Zeit und Art der Behandlung; die Luesfälle waren getrennt als frische, rezidivierende, latente und tertiäre Fälle; letztere wieder als Lues III der inneren, der sonstigen Organe und des Nervensystems. Die Zählung war anonym. Gemeldet wurden 1487 Fälle, 866 Männer, 601 Frauen, darunter 302 frische Infektionen; dem Familienstand nach stehen an der Spitze bei beiden Geschlechtern die Ledigen; den Krankheiten nach entfallen auf weibliche Lues 70%, männliche Lues 55%, männliche Blennorrhoe 49,8%, weibliche Blennorrhoe 34%; das Ulcus molle kommt nicht in Betracht; nach frischen Fällen gerechnet kommen auf 2 Blennorrhoen 1 Luesinfektion; von den Lebensaltern sind bei beiden Geschlechtern das 20.—30. Lebensjahr am meisten betroffen; frische Infektionen im höheren Alter sind aber nicht selten; die Zahl der Kinderinfektionen ist relativ hoch; mehr als 2% aller Fälle betreffen frische Kinderinfektionen. Bei der Berufstabelle ist die niedrige Beteiligung des Studenten, die hohe der Soldaten auffallend; die Beteiligung des weiblichen Mittelstandes ist erheblich groß geworden. Die Frage nach Infektionsquellen ist nur unvollkommen beantwortet; auffallend groß ist die Zahl der Infektionen in der Ehe; bei den Männern 6,5%, bei den Frauen aber 38%. Die meisten Infektionen während der Ehe fanden in Arbeiterkreisen statt; hoch ist die Zahl der Bordellinfektionen, wodurch wiederum ein Beweis mehr für die Nutzlosigkeit der Bordellierung oder Reglementierung der Prostitution gegeben ist; mehr als 50% der „Heimlichen“ waren geschlechtskrank. An Lues III waren 18% beteiligt; am meisten betroffen sind Männer, und zwar mit Lues III des Nervensystems. Auffallend ist der hohe Anteil der Unbehandelten an Lues III des Nervensystems oder des Gefäßsystems. G. Loewenstein-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Dr. R. Schwarzwald wurde als Nachfolger von Prof. Otto Zuckerkandl zum Primararzt der urologischen Abteilung im Rothschildspitale in Wien ernannt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.“) ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

5. Mai 1923 | Nr. 18 | Band 76

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Über intrakutane Pferdeserumreaktion bei Hauttuberkulose.

Von

Dr. Hellmuth Löblich,

Assistenzarzt der Reichswehr, zurzeit kommandiert zur Klinik.

Busacca (1) berichtete über eine neue intrakutane Reaktion bei Hauttuberkulose, die darauf beruhen soll, daß bei Hauttuberkulösen nach intrakutaner Injektion von 0,2 ccm Pferdeserum im Verlaufe von etwa 24 Stunden eine unscharf begrenzte Rötung mit lymphangitischen Streifen an der Injektionsstelle auftrete. Nie sei diese Reaktion positiv, außer bei Hauttuberkulose und Lupus erythematodes. Kušan (2) veröffentlichte die Ergebnisse einer vorgenommenen Nachprüfung, die vollkommen negative Resultate ergab und vor allem viele positive Reaktionen bei nicht Hauttuberkulösen zeitigte. Busacca (3) bleibt in der Entgegnung bei seiner eingangs gegebenen Ansicht.

Die Erfahrungen über die Wirkung parenteral eingeführter Proteinkörper schienen an und für sich wohl theoretisch die Möglichkeit eines besonderen Reagierens Tuberkulöser auch auf einen unspezifischen Eiweißkörper zuzulassen. Auch Busacca bringt darüber eine kurze theoretische Betrachtung, auf die einzugehen aber angesichts der Ergebnisse unserer unten ausgeführten Nachprüfung zwecklos erscheint.

Ich habe nun auf Anregung des Herrn Prof. Frühwald hin, mich genau an Busaccas Vorschriften haltend, an den sich mir zur Verfügung stellenden Kranken der hiesigen Klinik und Poliklinik nochmals nachgeprüft.

Um die von Kušan möglich erachtete traumatische Reaktion, die durch die intrakutane Injektion des Serums entstehen könnte, auszuschließen, setzten wir regelmäßig in den linken Oberarm je eine intrakutane Quaddel mit 0,2 ccm Pferdeserum (in den Tabellen P.S.) und in einem Abstande von 6 cm eine solche mit 0,2 ccm physiologischer Kochsalzlösung (NaCl). Dabei zeigte sich nur in zwei Fällen an der Stelle, wo wir physiologische Kochsalzlösung injiziert hatten, nach 24 Stunden eine ganz geringe Rötung, in allen anderen Fällen war nach 24 Stunden

Digitized by Google

nichts zu sehen. Ein traumatisches Entstehen der Pferdeserumreaktion, darin müssen wir Busacca recht geben, kommt somit bei richtiger Technik nicht in Frage. Auf den rechten Oberarm setzten wir mit Pirquets Hautbohrer drei Epitheldefekte. Den obersten Defekt beschickten wir mit Alttuberkulin Koch (A. K.), den mittleren als Kontrolle mit physiologischer Kochsalzlösung (NaCl), den unteren mit Pferdeserum (P.S.). Wir hatten so einen Vergleich, wie sich neben der Pferdeserumreaktion nach Busacca der Pirquet verhielt. Die rein versuchsweise vorgenommene Beschickung des unteren Epitheldefektes mit Pferdeserum hatte einen positiven Erfolg.

Das Ergebnis unserer Nachprüfung war nun wie folgt: In 17 Fällen von Lupus vulgaris (florid) ergaben sich die aus der Tabelle ersichtlichen Reaktionen.

Fall	Geschlecht und Alter	Rechter Arm (Pirquet)			Linker Arm (intrakut.)	
		A. K.	NaCl	P.S.	P.S.	NaCl
1	♂ 44 Jahre	+	−	−	−	−
2	♀ 20 „	+	−	−	+	−
3	♀ 15 „	+	−	−	−	−
4	♀ 32 „	+	−	−	−	−
5	♂ 36 „	+	−	−	−	−
6	♀ 40 „	+	−	−	+	−
7	♀ 56 „	+	−	−	−	−
8	♂ 12 „	+	−	−	−	−
9	♂ 13 „	+	−	−	+	−
10	♂ 37 „	+	−	−	+	−
11	♂ 37 „	+	−	−	−	−
12	♂ 18 „	+	−	−	?	?
13	♂ 15 „	+	−	−	−	−
14	♀ 34 „	+	−	−	+	−
15	♂ 8 „	+	−	−	−	−
16	♂ 6 „	+	−	−	−	−
17	♀ 18 „	+	−	−	+	−

Von 17 Lupösen reagierten also:

Pferdeserum intrakutan	Pirquet
6 positiv	17 positiv
1 fraglich	—
10 negativ	—

Es zeigt dieses Ergebnis nicht einmal 40% positive Reaktion bei Pferdeseruminjektion, während der Pirquet 100% ergab. (Busacca hatte 87% positive Reaktionen.) Bei der geringen Anzahl der uns zur Verfügung stehenden Fälle wollen wir dem aber nicht zu großen Wert beilegen.

Wir gingen in gleicher Weise bei 14 Hautkrankheiten nichttuberkulöser Natur vor und schlossen zuvor einen anderen tuberkulösen Prozeß durch gründliche Untersuchung aus. Wir fanden:

Digitized by Google

Fall	Geschlecht und Alter	Rechter Arm (Pirquet)			Linker Arm (intrakut.)		Krankheit
		A. K.	NaCl	P.S.	P.S.	NaCl	
1	♂ 21 Jahre	—	—	—	?	—	Impetigo contag.
2	♂ 55 „	—	—	—	—	—	Pityriasis rosea
3	♂ 17 „	—	—	—	—	—	Verrucae vulg.
4	♂ 20 „	+	—	—	+	—	Impetigo contag.
5	♂ 27 „	+	—	—	+	—	Furunkulosis
6	♀ 29 „	—	—	—	—	—	Urtikaria
7	♂ 62 „	+	—	—	—	—	Eczema
8	♂ 55 „	—	—	—	—	—	Ulcus cruris
9	♀ 38 „	?	—	—	?	—	Dermatitis
10	♂ 16 „	+	—	—	?	—	Acne vulg.
11	♂ 61 „	+	—	—	+	—	Ulcus cruris
12	♂ 17 „	+	—	—	?	?	Eczema
13	♂ 18 „	+	—	—	+	—	Eczema
14	♂ 75 „	+	—	—	—	—	Morbus Darier

Zusammenfassend also:

Pferdeserum intrakutan	Pirquet
4 positiv	8 positiv
4 fraglich	1 fraglich
6 negativ	5 negativ

Ferner prüften wir bei 19 Gonorrhoikern, die sonst gesund waren, nach und fanden:

Fall	Geschlecht und Alter	Rechter Arm (Pirquet)			Linker Arm (intrakut.)	
		A. K.	NaCl	P.S.	P.S.	NaCl
1	♂ 41 Jahre	—	—	—	—	—
2	♂ 23 „	?	—	—	+	—
3	♂ 20 „	—	—	—	?	—
4	♂ 40 „	—	—	—	+	—
5	♂ 34 „	+	—	—	?	—
6	♂ 25 „	+	—	—	+	—
7	♂ 27 „	?	—	—	—	—
8	♂ 17 „	—	—	—	+	—
9	♂ 19 „	—	—	—	+	—
10	♂ 24 „	+	—	—	+	—
11	♂ 25 „	+	—	—	+	—
12	♂ 19 „	+	—	—	+	—
13	♂ 20 „	—	—	—	—	—
14	♂ 19 „	+	—	—	+	—
15	♂ 38 „	+	—	—	?	—
16	♂ 20 „	—	—	—	?	—
17	♂ 18 „	—	—	—	?	—
18	♂ 21 „	+	—	—	?	—
19	♂ 20 „	—	—	—	—	—

Also:

Pferdeserum intrakutan	Pirquet
9 positiv	8 positiv
6 fraglich	2 fraglich
4 negativ	9 negativ

Digitized by Google

Die Zahlen brauchen keine weiteren Erörterungen, sie sprechen ganz im Sinne der Kušanschen Ergebnisse. Erwähnt sei zudem, daß die positive intrakutane Pferdeserumreaktion nicht einmal in allen Fällen mit einem positiven Pirquet parallel lief. Wir hatten eigentlich vor, die Nachprüfungen an einem größeren Materiale vorzunehmen, Abkommandierung von der Klinik zwang aber davon abzusehen. Sehr aussichtsreich erschienen zudem nach den gesammelten Erfahrungen auch ausgedehntere Versuche nicht.

Wir kommen also zu dem Schlusse, daß die von Busacca angegebene Reaktion keinen Indikator für einen vorhandenen aktiven tuberkulösen Hautprozeß abgeben kann. Auch ein Vergleich mit der Pirquetschen Reaktion oder gar ein Überlegensein kommt nach unseren Erfahrungen überhaupt nicht in Frage.

Literatur.

1. W. kl. W., 1921, S. 570. — 2. W. kl. W., 1922, S. 248. — 3. W. kl. W., 1922, S. 250.

Aus der Dermatologischen Universitätspoliklinik und Klinik in München
(Vorstand: Prof. Dr. L. Ritter v. Zumbusch).

Eigentümlichkeiten bei Nagelmykosen.

Von

Dr. Franz Wirz.

Beobachtungen von Marie Kaufmann-Wolf[1]) haben erwiesen, daß Pilzerkrankungen der Haut nach monatelanger Latenzzeit wieder manifest werden können. Schrameks[2]) Untersuchungen offenbarten die Tatsache, daß weit abseits von dem mykotischen Krankheitsherd — bis zu 10 cm Entfernung — auf der gesunden Haut die Erreger sich finden können, ohne die geringsten Erscheinungen zu verursachen. Jessner[3]) beschrieb eine Pilzerkrankung der Nagelplatte, deren Merkwürdigkeit in der Unverrückbarkeit des fleckförmigen Krankheitsherdes bei gehörigem Nagelwachstum für die Zeitdauer eines halben Jahres bestand. Alle diese Befunde sind Beispiele von Eigentümlichkeiten bei Pilzerkrankungen, für die wir noch keine hinreichenden Erklärungen besitzen und deren Deutung um so schwieriger sein dürfte, als wir keine Analogien für sie bei bekannteren und besser erforschten Dermatosen haben, insbesondere aber macht sich auch der Umstand geltend, daß uns trotz aller mikroskopischen Studien und Kulturversuche die eigentliche Naturgeschichte der für die menschliche Haut pathogenen Pilze noch ziemlich unbekannt ist. Es ist anders bei ihnen als bei den Erregern von Infektionskrankheiten, bei denen die Ergebnisse jener genannten Verfahren, das sind morphologische Beschaffenheit und physiologische Eigenschaften, in einem bestimmten und nahezu stets gleichen Verhältnis zu den klinischen Er-

---

[1]) Derm. W., Bd. 67, S. 807. — [2]) Arch. f. Derm., Bd. 121, S. 630. — [3]) Arch. f. Derm., Bd. 141, S. 1.

Digitized by Google

scheinungen zu stehen pflegen. Wer es nicht aus der niederen Stellung der Parasiten bereits theoretisch geschlossen hat, dem müssen die epidemiologischen Erfahrungen der letzten Jahre — vor allem die von Riehl in Wien, denen wir in München ganz ähnliche an die Seite stellen können — gezeigt haben, daß dem mikroskopischen Aussehen und dem kulturellen Verhalten der Pilze durchaus keine klinische Gleichheit entspricht, daß vielmehr bald dieser, bald jener Pilz ein und dasselbe klinische Bild, oder ein und derselbe Pilz bald diese, bald jene klinische Eigentümlichkeit zeigen kann. Ganzoni[1]) hat für diese letzte Tatsache ein besonders lehrreiches Beispiel gebracht: bei 3 von 5 Geschwistern einer aus Polen eingewanderten Familie wurde eine Affektion mit Trichophyton violaceum festgestellt, die sich bei dem 5jähr. Knaben als Herpes tonsurans, bei dem 14jähr. Mädchen als Kopfpityriasis, bei der älteren Schwester als Nagelmykose mit disseminiertem Körperexanthem manifestiert hatte.

Ist es bei den Dystrophien das anatomische Substrat, bei den exogenen Erkrankungen der ätiologische Faktor, durch welche das Wesen der Krankheit bestimmt ist, so können daher bei den parasitären Leiden der Haut im wesentlichsten nur klinische Erscheinungen und klinischer Verlauf die Grundlagen unserer Erkenntnis und auch unseres therapeutischen Handelns bilden. Deshalb dürfte es von Wert sein, alle Beobachtungen über Eigentümlichkeiten der Pilzerkrankungen zusammenzutragen, zumal wenn es sich bei diesen um Formen handelt, die an sich zu den seltenen gehören, wie dies nach Hellers[2]) Zusammenstellung für die Nagelmykosen zutrifft. Drei Fälle der letzten Zeit seien daher veröffentlicht:

Fall 1. G. E., 23jähr. Buchhalterin, J.-Nr. 833/23. 30. VI. 1921. Pat. gibt an, daß sie vor einem Jahr, als sie auf dem Lande bei einem Friseur gewesen sei, am linken Handrücken ein wasserhelles Bläschen bemerkt habe, dem mehrere in der Umgebung gefolgt wären, bis ein Herd von Talergröße mit kreisrunder Form dagewesen wäre. Auf ärztlich verordnete Salbenverbände sei nach vier Wochen Heilung erfolgt. Ein Vierteljahr später habe sich die gleiche Bläschenbildung in der linken Hohlhand eingestellt und dann die Neigung gezeigt, auf die Finger zu kriechen. Salbenverbände und Höhensonnebestrahlung hätten zu keiner Heilung geführt.

Es finden sich auf dem Rücken der linken Hand und Finger zahlreiche eiterhaltige, meist kreisförmig gruppierte Bläschen, in der Hohlhand teils ebensolche, teils Schuppen. Pilzbefund ist negativ. Unter Verbänden mit Chrysarobin-Schwefelsalbe und täglichen Bädern mit Kalipermanganat tritt Heilung am 25. VII. 1921 ein.

3. XI. 1922. Pat. erscheint wegen einer Nagelerkrankung, die vor einem halben Jahr begonnen habe. Sie sei im Anschluß an einen spontan vorübergehenden Ausschlag mit kleinen Bläschen am linken Handrücken, wie er vor einem Jahr bestanden hätte, aufgetreten. Der linke Daumennagel ist stark verdickt, nicht abgehoben, zeigt normale Krümmung; die glatte Oberfläche weist in der ganzen Ausdehnung opake und weißliche Verfärbung auf. Im Schabepräparat werden zahlreiche septierte und unseptierte Pilzfäden erkannt, die in Form und Größe einen Trychophyton entsprechen. Kulturen nicht angegangen. Röntgenbestrahlung und 10%ige Chrysarobinvaseline.

11. XII. 1922. Der Nagel ist zur Hälfte abgehoben, wird abgeschnitten. Die Resthälfte ist in der Quere geschrumpft und stärker gekrümmt. Auf dem Daumenrücken in einer gebogenen zum Handrücken zeigenden Linie vereinzelte Bläschen, zum Teil eitrig, seit etwa zehn Tagen bestehend, und zwar seien zuerst die nach dem Handrücken zu gelegenen aufgetreten. In einem kleinen, rein serösen Bläschen werden dann

[1]) Schweiz. m. W., Bd. 51, S. 722. — [2]) „Die Krankheiten der Nägel." Hirschwald, Berlin.

Digitized by Google

vereinzelte Pilzfäden gefunden. Kratzpräparate der Umgebung und des entfernteren Handrückens ohne Befund.

15. I. 1923. Bläschen verschwunden, Nagelbehandlung fortgesetzt.

Fall 2. B. V., 25jähr. Studentin der Philosophie. J.-Nr. 637/23. 30. XI. 1922. Pat. gibt an, seit ihrem neunten Lebensjahre an einer Nagelerkrankung zu leiden, die von Anbeginn an alle Finger bis auf einen befallen hätte. Eine andere Erkrankung sei nicht vorausgegangen. Auch erinnert sie sich an kein Hautleiden in ihrer Umgebung. Die Erkrankung widerstehe jeder Behandlung. In der heißen Jahreszeit pflegten mitunter kleine Abschilferungen oder fetzenförmige Abhebungen der Haut zwischen den Fingern sich zu zeigen, die immer wieder von selbst heilten.

Sämtliche Fingernägel beider Hände, bis auf den linken Zeigefinger, bieten ein verändertes Aussehen dar. Sie sind unförmig, zum Teil weil sie verdickt und übermäßig in der Länge gebuckelt, zum anderen Teil weil die Nagelplatten endwärts in scharfer Winkelstellung durch pallisadenförmige Hornmassen aus dem Nagelbett abgehoben sind und dann meist verkürzt mit papierdünnem Rande frei in die Luft ragen. Die übermäßig gebuckelten und verdickten Nägel weisen starke Längsleisten auf, wie sie sonst alten Leuten eigentümlich sind, sind aber im übrigen ziemlich glatt, jedoch ohne Glanz, während die flach abgehobenen verdünnten Platten Längskerben und Furchen zeigen, die am Nagelende in Spalten enden, durch die man in die teils festen, teils krümeligen Hornmassen des Nagelbetts hineinsieht; so erscheint das Ende dieser Nägel ausgezackt. Andere Nägel zeigen auf der Oberfläche plattenartige, unregelmäßig begrenzte Abschuppung. Während die verdickten Nägel außerordentlich hart sind, so gelingt es bei den anderen leicht, die spröden Hornmassen abzuschaben oder zu brechen. Alle kranken Nägel sind schmutzig graugelb-grün gefleckt, über der Lunula oft opak weißlich. Nagelwälle und Fälze sind bei allen Nägeln gesund. Bei den abgehobenen Nägeln zeigt das Nagelbett derbe Verhornung mit dicht stehenden, regelmäßigen, feinen parallelen Längsleisten. In abgeschnittenen und abgeschabten Teilen der kranken Nagelplatten sowie der obersten Schichten des Nagelbetthorns, die mit Kalilauge aufgehellt sind, sieht man im Mikroskop teils in einzelnen Zügen, teils in dichten Bündeln lange Pilzfäden oder Ketten von großen, scharf rechteckig konturierten Sporen mit Trichophyton-Charakter. Abschabungen von den Fingern, den Zwischenräumen und dem Handrücken sind pilzfrei.

Monatelang wurden Kulturversuche auf Nährböden aller Art angestellt, es gelang nicht, einen Pilz zu züchten! Desgleichen gingen Inokulationsversuche bei der Pat. selbst wie bei einem Kollegen der Abteilung nicht an, auch nachdem große Mengen von nachgewiesen pilzhaltigem Material auf die mit Glaspapier aufgerauhte und durch Heftpflaster mazerierte Haut unter Uhrglasverband tagelang gehalten worden war!

Zur Therapie wurden Röntgenbestrahlungen vorgenommen und 10%ige Chrysarobin-Vaselin-Verbände nach Aufweichen der Nägel in heißem Seifenwasserbade angeordnet.

Am 10. I. 1923 wird bei der Pat. im dritten Zwischenfingerraum der linken Hand eine leichte herdförmige Aufrauhung der zarten Haut bemerkt; diese ist randständig beiderseits etwa 1 cm vom Fingerspalt entfernt durch einen feinen, gekräuselten, nach innen abgehobenen Schuppensaum begrenzt; diesem folgt nach der gesunden Haut zu eine schmale Rötungszone, die an einer 2 mm großen Stelle eine deutliche Infiltration, nirgends jedoch Bläschen aufweist. Im Abschabepräparat der aufgerauhten Stelle werden keine Pilze gefunden, massenhaft sind sie jedoch in den Teilen der Schuppenkrause und der Haut über der Rötungszone anzutreffen.

17. I. 1923. Rötung und Schuppensaum ohne Behandlung verschwunden. Noch leichte Rauhigkeit. Keine Pilze mehr. Fingernägel zum Teil in Ablösung begriffen.

Fall 3. S. K., 24jähr. Gärtnerstochter. J.-Nr. 949/23. 18. I. 1923. Seit etwa einem Jahr bestehende, ohne Beschwerden einhergehende Fleckenbildung an den Fingernägeln, die von den Rändern zur Nagelwurzel vorgerückt wäre.

Es finden sich an allen Fingern, außer dem Zeigefinger der rechten Hand, Veränderungen: dunkelbräunlich-grün gefärbte Flecken in den Nagelplatten, deren Oberfläche glatt und annähernd üblich glänzend erscheinen; nur am linken Kleinfingernagel nahe der Lunula bemerkt man einen Flecken mit mäßiger Auftreibung, ebenso einen am Daumennagel der linken Hand im Winkel zwischen Falz und Wall. Dieser Nagel ist im übrigen gänzlich verfärbt, am Enddrittel vom Nagelbett hochgehoben, verdickt und abgelöst. Die Flecken schwanken in der Größe zwischen einem Stecknadelkopf und einer Linse, sitzen stets endrand- oder falzständig, zeigen nach dem Nagelwall zu

Digitized by Google

konvexe bogenförmige Begrenzungslinien. Der Breitendurchmesser der Flecken ist proximal wie distal stets gleich, d. h. die größte Ausdehnung der Nagelwurzel bestimmt die Breite der Erkrankung am freien Nagelende, genau den feinen parallelen Leisten der Nagelplatte entsprechend. Schabepräparate von allen Flecken, ihren Übergangsstellen zum Gesunden, oberflächlich und tief entnommen, sowie vom Nagelbett sind pilzfrei, nur einmal wurden plumpe Sporen, vieleckig begrenzt von verschiedener Größe in geringer Zahl verstreut, einem Trichophyton in allem unähnlich, gesichtet. Nährböden üblicher Art und üblich beschickt, blieben steril. Desgleichen war die Untersuchung von Nagelfälzen, Fingern, Handrücken usw. ergebnislos.

Was zunächst die Diagnose der Fälle angeht, so dürften Nr. 1 und 2 auf Grund der klinischen Erscheinungen und des mikroskopischen Pilznachweises Nageltrichophytien darstellen. Bei Fall 3 fehlt zwar der Pilznachweis — von den Sporen abgesehen —, jedoch sind die klinischen Symptome derart charakteristisch, daß für ihn die Diagnose Nagelmykose berechtigt sein dürfte; und zwar handelt es sich vielleicht um eine der weniger bekannten Affektionen mit einem sonst als Saprophyten vorkommenden Pilz der Gartenerde, mit dem zu infizieren die Pat. beruflich reichlich Gelegenheit hatte. Psoriasis, Lichen ruber usw., wie auch sekundäre Infektionen sind so grundverschieden von dem Bilde im Falle 3, daß ein näheres Eingehen auf die Differentialdiagnose sich wohl erübrigt.

Zu Hellers Feststellungen über die allgemeine Pathologie der Nagelmykosen sei, soweit sich aus den drei Fällen Eindeutigkeiten ergeben, folgendes beigetragen:

Die Seltenheit der Nagelmykosen zahlenmäßig darzutun, dürfte sehr schwer sein, denn man begeht stets eine Willkür in der Begrenzung der statistisch zu bewertenden Zeitspanne. Es können selbst bei großem Hautmaterial Jahre vergehen, bis überhaupt eine Nagelmykose zur Beobachtung kommt, während in den ersten Wochen des nächsten Jahres gleich mehrere angetroffen werden. Das statistische Gesetz von der großen Zahl darf daher nicht vernachlässigt werden. Die Bearbeitung des Materials der Münchener Universitätspoliklinik aus den letzten 10 Jahren legt das in auffallender Weise dar:

Jahr	Zahl der Trichophytien überhaupt	Zahl der Nagelmykosen
1913	36	0
1914	45	1
1915	50	0
1916	69	0
1917	195	0
1918	555	0
1919	900	0
1920	592	0
1921	249	0
1922	207	3

Auf 2898 Hauttrichophytien in zehn Jahren treffen somit insgesamt vier Nagelerkrankungen, davon drei trichophytären, eine unbekannten mykotischen Charakters. Die Zahlen bestätigen Hellers Angaben über die große Seltenheit der Nagelmykosen in Europa, die im Gegensatz steht

Digitized by Google

zu der von Hodges[1]) behaupteten Häufigkeit der Erkrankung in den Südstaaten von Nordamerika.

Die Angabe Hellers, die er selbst auffällig nennt, daß relativ häufig Greise erkranken, findet bei meinen Fällen keine Stütze; von den vier Nagelmykosen wurden drei bei Pat. unter 25 Jahren, eine bei einem Pat. mit 42 Jahren angetroffen.

In keinem dieser Fälle war das Leiden familiär. Die Fußnägel waren nirgends beteiligt.

Die besonderen Eigentümlichkeiten der drei beschriebenen Fälle seien im folgenden dargelegt:

Fall 1 erkrankte erstmalig im Frühsommer 1920, und zwar, nach der genauen Beschreibung der intelligenten Pat. zu schließen, an einem Herpes tonsurans des linken Handrückens; Infektion bei einem Friseur; Heilung bei einem Privatarzt mit Salbenbehandlung in üblicher Zeit. Die Pat. hatte dann in der Stadt keine Gelegenheit zu einer neuen Infektion, trotzdem traten ein Vierteljahr später ähnliche Bläschen an der gleichen Hand, und zwar in der Vola auf; diesmal nicht in geschlossener, sondern in zerstreuter Form, mit der Neigung auf die Finger zu kriechen. Diese zum mykotischen oder dyshydrotischen Ekzem zu rechnende Art, dazu die Lokalisation an der gleichen Hand, sprechen dafür, daß es sich um ein Aufflackern der nicht vollständig geheilten, sondern latenten ersten Infektion gehandelt hat. Ein zweiter Beweis scheint mir in der Tatsache zu liegen, daß im Laufe der nächsten drei Vierteljahre auch an der alten Stelle sich wieder Bläschen zeigten, bis die Pat. in die Behandlung der Poliklinik trat. Heilung am 25. VII. 1921. Ein ganzes Jahr später, zur Hochsommerszeit, wiederum Erkrankung an der Stelle der ersten Infektion, von da schnelle etappenförmige Ausbreitung bis zum Daumen, spontanes Abheilen auf dem Handrücken, Nagelmanifestation. Später während der Behandlung des Nagels kurzes Aufflackern und spontanes Verschwinden von Bläschen am Daumenrücken. Nach dieser Sachlage und nach den Befunden von Kaufmann-Wolf und Schramek dürfte es außer Zweifel sein, daß die Pilze nach der scheinbaren Heilung kontinuierlich und per contiguitatem in der Haut weitergewachsen sind und auf diese Weise zum Nagel gelangt sind. Würde man annehmen, daß die Pilze oder Sporen an einer Stelle liegen geblieben wären, etwa in den Haartrichtern oder Drüsen, und sie wären von da bei Gelegenheit äußerlich übertragen worden, so wäre die Ansteckung der anderen Hand oder anderer Körperstellen wahrscheinlicher als die Infizierung der gleichseitigen Hohlhand, des Daumens und Daumennagels. Wir müssen demnach mit der auffallenden Tatsache rechnen, daß die Pilze sich in Wochen und Monaten ausbreiten können, ohne Erscheinungen zu machen, d. h. daß das Wachstum der Pilze auf Grund einer Behandlung oder auch der alleinigen Abwehr des Organismus in Formen sich vollzieht, die chemisch oder physikalisch der Umgebung keine Veranlassung geben zu reagieren, bis durch irgend welche Einflüsse, unter denen Feuchtigkeit und Wärme eine Hauptrolle zu spielen scheinen, entweder die Pilze im Wachsen, Stoffwechselumsatz oder in ihren Sprossungsprozessen wieder

[1]) Arch. f. Derm., Bd. 4, S. 1.

Digitized by Google

schrankenloser werden und damit in Erscheinung treten, oder bis primär die Haut selbst durch jene Einflüsse zu größerer Abwehr und damit zu ihren Entzündungserscheinungen den gleich gebliebenen Pilzen gegenüber gebracht wird. Schrambers Feststellung über das Vorkommen von Pilzen in der Haut entfernt von einem Krankheitsherde, und Kaufmann-Wolfs Beobachtung über die latenten Perioden bei Pilzerkrankung sind demnach durch das im Falle 1 nachgewiesene latente Wachstum erklärbar. Außerdem gibt der Fall Anlaß, die allgemeine Auffassung, daß die Nagelinfektion vom freien Rande her, also von außen durch Kontakt erfolge, anzuzweifeln.

Viel unverständlicher und vorerst wohl gar keiner Erklärung zugänglich dürfte eine Eigentümlichkeit des Falles 2 sein. Das ist die auffallende Ansteckungslosigkeit der seit 16 Jahren an neun Fingern bestehenden Erkrankung dem letzten gesunden Nagel wie auch der sonstigen Körperhaut gegenüber, obwohl die bröcklige Nagelsubstanz der kranken Nägel massenhaft Pilze enthielt. Die Pat. benutzt das gleiche Nagelbesteck für die kranken wie für den einen gesunden Nagel. Sie klagt, daß ihr beim Kämmen die Haare in den Nägeln hängen bleiben, daß sie sich oft mit den rauhen Nägeln unwillkürlich kleine Kratzwunden setzt — und trotz alledem, es erfolgt keine Ansteckung. Das, sowie der vergebliche Inokulationsversuch bei der Pat. selbst hätten auf persönlicher Immunität beruhen können oder besser gesagt Halbimmunität infolge Parasitenpersistenz, jedoch die vergeblichen Impfungen bei dem Kollegen sowie die erfolglosen Kulturversuche beweisen wohl, daß die Pilze ihre Pathogenität für irgend welche andere Nährböden natürlicher und künstlicher Art überhaupt verloren haben. Zu sagen, daß eben ihre Pathogenität gering sei, bedeutet keine Erklärung gegenüber der Tatsache, daß die Pilze pathogen genug sind, die an den kranken Nägeln neugebildete Nagelsubstanz stets wieder zu infizieren, und zwar unaufhörlich entsprechend deren Wachstum sie zu durchdringen. Man muß annehmen, daß die Pilze bereits auf die Bildungsstätte der Nagelsubstanz einen derartigen Reiz chronisch ausüben, daß diese chemisch und physikalisch von vornherein verändert wird und sich von dem gesund wachsenden Nagel sowie der übrigen Haut daher unterscheidet. Diese bieten als Normalgebilde dem anderseits spezifisch eingestellten Pilz keinen versagenden Nährboden mehr! Die periodischen Krankheitserscheinungen zwischen den Fingern, die wohl auf den Behandlungsreiz hin diesmal im Winter statt im Sommer auftraten, sind vielleicht im Sinne des Falles 1 zu erklären, sprechen also nicht gegen die äußere Ansteckungslosigkeit und nur relativ gegen die spezifische Einstellung der Pilze auf der einmal erkrankten Nagelsubstanz.

Die besondere Eigentümlichkeit des dritten Falles besteht in dem negativen Pilzbefund. Nur an einer Stelle eines Nagels, und zwar von einer proximalen Übergangsstelle zum gesunden Nagelteil, wurden Sporen festgestellt. Wandern die Pilze zeitweilig aus, oder vermögen die Nagelzellen es, vielleicht unterstützt durch die Zufuhr aus den Saftkanälen, die Pilze abzuwehren, zu vernichten, so daß nur deren Niederschläge in der Nagelsubstanz die sichtbaren klinischen Erscheinungen verursachen? Auffallend war die tiefdunkle braungrüne Färbung, die in der

Digitized by Google

Hellerschen Zusammenstellung der Nageltrichophytien fehlt. Ob ihr eine besondere Bedeutung für die Diagnose einer nicht trichophytären Mykose zukommt, sei dahingestellt.

Konnte zu der Eigentümlichkeit des Falles 1, die sich in den wiederholten Latenzstadien der Krankheit und dem latenten Vorkommen der Pilze zeigte, eine befriedigende Erklärung mittels des latenten Wachstums gegeben werden, als dessen Endprodukt die Nagelerkrankung angesehen werden muß, so muß die Deutung der Eigentümlichkeit des Falles 2, der gänzlichen Ansteckungslosigkeit, unbefriedigend bleiben, denn gerade die Anpassungsfähigkeit, die einen Hauptfaktor für die Pathogenität darstellt, sollte unseren bisherigen Kenntnissen gemäß ein Charakteristikum für die in Frage kommenden Pilze sein. Eine Erklärung gar für die Eigentümlichkeit des Falles 3, die relative Pilzlosigkeit bei stark ausgegrägten Erscheinungen, dürfte vorderhand unmöglich sein.

Aus der Deutschen Dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. C. Kreibich).

Ein Beitrag zur Klinik und Histologie des Lichen ruber planus pemphigoides.

Von

Dr. Adolf Pokorny, Assistent.

Im Jahre 1877 vereinigte Kaposi den Lichen exsudativus ruber Hebrae (1850) und die Pityriasis pilaris Devergie (1854) unter dem Namen Lichen ruber acuminatus, bezeichnete indessen den von E. Wilson beschriebenen Lichen planus (1869) als Lichen ruber planus. Er war es auch, der der Varietät der letztgenannten Erkrankung, die mit Blasenbildung einhergeht, den Namen Lichen ruber pemphigoides gab.

Da in der vorliegenden Arbeit besonders die Blasen, welche beim Lichen ruber planus pemphigoides vorkommen, untersucht werden sollen, so müssen wir erwähnen, daß bereits Neumann, der 1875 als erster in Wien den Lichen ruber planus unter der Bezeichnung „Herpes chronicus" beschrieb, ihm deshalb diesen Namen gab, weil er bei dieser Erkrankung zeitweise Blasen auftreten sah. Im Ausland hat Baker-London scheinbar als erster mit Nachdruck auf die Blasenbildung beim Lichen ruber planus hingewiesen (1881). In Wien stellte dann Kaposi 1892 einen Patienten mit typischem Lichen ruber planus und ausgedehnter pemphigusähnlicher Blasenbildung in der Wien. derm. Ges. vor, von welcher Zeit an sich die Beobachtungen dieser Art dann mehren.

Findet man bei einem Lichen ruber planus Blasen, so muß man sich die Frage vorlegen, ob diese Blasen auch wirklich dem Lichen ruber planus zugehören oder aber aus anderer Ursache entstanden sind.

In Kürze seien die in der Literatur zitierten Fälle hier wiedergegeben, um die nachfolgende Einteilung verständlich zu machen. Als reinste Form der Abart des Lichen ruber planus, welche den Namen Lichen ruber planus pemphigoides trägt, sind die Fälle von Lesser, Rona,

Digitized by Google

der neunte Fall Unnas, welche eine Blaseneruption auf anscheinend unveränderter Haut erkennen ließen, zu nennen. Auch Darier zitiert einen Fall Besniers, bei dem die Blasenbildung der Knötchenbildung vorausgeht.

Dann seien die Fälle erwähnt, bei denen die Blasen auf unveränderter, d. h. nicht deutlich lichenöser oder erythematöser Basis aufschießen (Kaposi). Dieser Fall stellt den Prototyp für den Lichen ruber planus pemphigoides dar. Die Fälle von Dubois-Havenith, Darier, Besnier, besonders aber der Fall Bettmanns verliefen in gleicher Weise. Es soll aber gleich voraus bemerkt werden, daß diese Fälle kein Arsen vor Auftreten der Blasen erhalten hatten.

Ferner sind Blasen im Stadium der Involution auf Planusherden beobachtet worden, ja auch auf den restierenden Pigmentationen (Lebredde). Diese Erscheinung wurde besonders von Hebra als Involutionsphänomen aufgefaßt. Diesen Formen fehlt der akute Charakter, die starke Beeinflussung des Allgemeinbefindens während der Eruption; ferner erscheinen die Blasen in unregelmäßigen Schüben und unabhängig vom Stadium des Lichenprozesses.

Sonst gelangten die Blasen immer auf der Höhe des Prozesses zur Beobachtung (Hallopeau, Heitz, Fouquet und Lebredde).

Außerdem sind noch Fälle in der Literatur zu finden, wo sich eine blasenbildende Erkrankung zum Lichen ruber planus hinzugesellte. Z. B. beschreibt Ullmann einen Lichen ruber verrucosus, kompliziert durch einen Pemphigus pruriginosus. Ronas achter Fall, war kombiniert mit einem vesikulösen Ekzem. Ehrmann beobachtete die Umwandlung von Ekthymaeffloreszenzen in Lichen ruber planus. Bettmann, Rona und Pringle beschrieben Lichen ruber planus und Zoster an einem Patienten, Buschke einen Planus mit Blasen an den Hohlhänden unter Hyperkeratosen.

Zuletzt wären noch die vesikulösen Formen, wie sie Magnus Moeller beobachtet und mit acht Fällen aus der Literatur zusammengestellt, publiziert hat.

Ferner muß man sehr darauf achten, ob ein echter Lichen ruber planus pemphigoides vorliegt oder ob die Blasenbildung evtl. durch Arsen bedingt ist. Bei Überdosierung oder Idiosynkrasie kommt es meistens in der dritten Woche zu einer ödematösen Schwellung und Bildung blasiger Abhebungen. Diese medikamentöse Reizung vergleicht Kreibich mit der Herxheimerschen Reaktion, wobei man sich — wie gesagt — vor Verwechslung dieser Blasen mit den dem Lichen ruber planus zugehörigen, spontan auftretenden Blasen hüten muß.

Aus den oben zitierten Fällen ergibt sich die Einteilung, welche der Rieckeschen Monographie aus dem Handbuch von Mracek entnommen ist.

1. Es bilden sich an Stelle von Planusknötchen Blasen.
2. Es bilden sich Planusknötchen zu Blasen um.
3. Es gesellt sich zum Lichen ruber planus konkomittierend eine
   a) idiopathische Blasenaffektion,
   b) symptomatische Blasenaffektion.

Da nur die unter Punkt 1 und 2 einzureihenden Fälle als echter Lichen ruber planus pemphigoides aufzufassen sind und da nicht viele

Digitized by Google

solcher Beobachtungen vorliegen, möchten wir einen an unserer Klinik beobachteten Fall mitteilen.

Am 21. August 1922 wurde der Pat. R. C., 42 Jahre alt, an unserer Klinik eingeliefert. Der Pat., der mit Ausnahme einer im Februar 1922 durchgemachten Bauchfellentzündung (Appendizitis?) immer gesund gewesen zu sein versicherte, machte folgende Angaben: Die Hautaffektion begann Mitte Juli am rechten Unterschenkel, verbreiterte sich innerhalb der nächsten 14 Tage bis zum Oberschenkel und wurde innerhalb der nächsten 14 Tage universell. Vor dieser akuten Ausbreitung bestand etwa einen Monat lang ein zweihellerstückgroßer, blauroter, juckender Fleck, der schuppte.

Dieser Beginn der Erkrankung mit einem Plaque primitif wurde auch von anderen Autoren beobachtet (Lavergne, Pernet, Halloprau, Ribot, Buschke). In der Proruptionsperiode waren Wadenkrämpfe vor dem Ausbruch des Exanthems (anfangs im rechten Bein, späterhin in beiden Beinen) vorhanden, ein Befund, der sich mit den Angaben Ronas deckt; ferner bestand nervöse Unruhe, während intestinale und gastrische Symptome (Diarrhoe, Gastralgien) sowie Fieber fehlten. Jucken setzte gleichzeitig mit dem universellen Ausbruch ein, fehlte im Höhestadium und trat erst späterhin im Regreß wieder auf.

Als der Pat. an unserer Klinik aufgenommen wurde, bot er folgendes Bild: Die Haut fast des ganzen Körpers war blaurot, derb, infiltriert, unverschieblich und verdickt. Eine starke Hyperkeratose bedeckte die Unter- und Oberschenkel sowie die Glutäi und die Arme. Das Relief der Haut war an den veränderten Stellen vergröbert. Infolge der foudroyanten Attacke, der starken Prostration, der mannigfachen Schmerzempfindung, speziell aber auch der Rhagaden in inguine, cubito und axilla, sowie der allgemeinen in der letzten Zeit eingetretenen Muskelatrophie bot der Pat. ein klägliches Bild. Der Zustand besserte sich im Verlaufe der nächsten 3—4 Tage unter lauen Bädern und nachfolgender Vaselinebehandlung, wobei sich allmählich das Krankheitsbild zu klären begann. Der Lichen wurde deutlich; blaurote, perlmutterartig glänzende Netze kamen immer besser zum Vorschein und umsäumten die eingezogenen Follikel. Das Infiltrat erreichte ringförmig um die Follikel seine stärkste Ausbildung, so daß die Haut chagrinlederartig wurde und infolge der eingezogenen Follikel das grobporöse Aussehen erlangte, das Kreibich und Brocq bei hyperkeratotischen Einzelherden des Lichen ruber planus beobachtet haben. Bei der Einlieferung war die Haut des Pat. bloß im Gesicht, am Manubrium sterni handflächengroß (mit einem Fortsatz entsprechend der seborrhoischen Zone oberhalb des Sternums bis zum Processus xyphoideus), am Rücken zwischen den Schulterblättern und in der Lendengegend ebenfalls je in Handflächengröße normal. Das Dorsum der Hände und Finger war stellenweise frei, teilweise befallen.

Die Begrenzung der Dermatose gegen diese gesunden Hautpartien, die eine auffallende Seborrhoea oleosa aufwiesen, bestätigte nur die interessante Angabe des Pat., daß der akute Schub, der am rechten Unterschenkel begann, sich anfangs aus erbsengroßen Blasen zusammensetzte. Über die Blasenbildung, die wir an der Grenze zwischen normaler und erkrankter Haut zu beobachten Gelegenheit hatten, möchten wir dann im Zusammenhange berichten. Die Kopfschwarte (Seborrhoea sicca!) zeigte keine Effloreszenzen. Hingegen wurde im Laufe des Spitalaufenthaltes der Lichen des Halses immer intensiver, wobei die Erkrankung hinter den Ohren hinaufstieg und diese bis zur Haargrenze befiel; an der Nackenhaargrenze zogen die Bläschen und die darauf folgenden Knötchen bis zur Protuberantia occipitalis externa hinauf. Im Gesicht waren die oberen und unteren Augenlider, auch die Augenwinkel befallen; vereinzelte Knötchen fanden sich auf dem Nasenrücken. Die Konjunktiva war frei.

Schleimhautveränderungen im Munde: auf der Unter- und Oberlippe vereinzelte Knötchen sowie im linken Mundwinkel, am Zahnfleisch vereinzelte rauchgraue Epithelverdickungen; die Zunge frei, das Epithel der rechten Tonsille rauchgrau getrübt. Am Rachendach und an der Innenfläche beider Wangen, besonders in der Interkalarlinie, findet sich eine rauchig getrübte, streifige, feine Netzzeichnung, die im Verlaufe des Spitalaufenthaltes immer intensiver wurde und späterhin die teilweise Umbildung dieser Stippchen und Streifen zu Planuseffloreszenzen erkennen ließ.

Das Skrotum sowie der Penis waren ganz befallen, wobei der Lichen ruber planus an der Umschlagstelle des Präputiums mit einer scharfen Begrenzungslinie aufhörte, um die Glans und den Sulcus coronarius merkwürdigerweise ganz freizulassen, wo doch die Glans penis — wenn sie befallen ist — die typischsten Effloreszenzen zeigt

Digitized by Google

(Kreibich). Die Analfalten waren ebenfalls ganz von Lichen-ruber-planus-Effloreszenzen eingenommen.

Eine Atrophie der Nägel (Hornkohl) fanden wir nicht, sondern im Gegenteil subunguale Hyperkeratose. Kopfhaare stark gelichtet. Schweißsekretion vermehrt.

Sämtliche tastbaren Lymphdrüsen, die bei der Aufnahme mandelgroß waren, wurden im Verlaufe von drei Wochen, besonders die in der Axilla und in inguine über hühnereigroß, beweglich, leicht schmerzhaft. Diese Drüsenschwellungen erklärte Lassar, der auf dem Standpunkt steht, daß der Lichen ruber planus infektiös ist, durch die Infektion. Sonst sind Lymphdrüsenschwellungen in der Literatur bald fehlend, bald vorhanden, meistens als Folge des Pruritus oder der Kratzeffekte aufgefaßt, also sekundär, eine Ansicht, der wir uns nicht ganz anschließen möchten. Wir erklären diese Drüsen in unserem Falle durch den erhöhten und pathologischen Stoffwechselumsatz der erkrankten Haut, weil sich die Lymphdrüsen im Verlaufe der Erkrankung zu der imposanten Größe herausgebildet hatten und zu dieser Zeit weder Pruritus noch makroskopische Sekundärinfektionen bei dem Pat. zu verzeichnen waren. Besonders aber aus dem reichlichen Auftreten von Epithelschlacken (Kreibich)[1]. Diese sind pyrinophile Körnchen, die in Lymphgefäßen der Epidermis-Kutisgrenze nach CO_2-Schnee oder Insolation aus dem Epithel abtransportiert werden und wahrscheinlich Abkömmlinge des Zellkernes bzw. Kernkörperchens darstellen. Eine abermalige Probeexzision — diesmal einer Lymphdrüse — zur Unterstützung unserer Annahme wurde vom Pat. verweigert.

Pseudoleukämische Lymphdrüsenschwellungen bei Lichen ruber planus hat Recklinghausen gefunden, was leicht durch die Peterschen Untersuchungen zu verstehen ist, die sich auf Pseudoleukämie bei chronischen Hautkrankheiten erstreckten und infolge derer er zu dem Schlusse gelangte, daß sich die Pseudoleukämie den Dermatosen, die mit Bildung indolenter Drüsenschwellungen einhergehen, anschließen kann. — In unserem Falle hatten wir jedoch zu dieser Annahme keine Veranlassung.

Am rechten Oberschenkel drei Querfinger über der Patella etwas lateral ein 3 cm langer, 2 cm breiter, ovaler unveränderter Fleck (Narbe nach Gewehrschußverletzung).

Röntgenologischer Befund: Lungen, Herz o. B.

WR negativ.

Die Blutuntersuchung ergab folgendes Resultat: 80% Hämoglobin, 7700000 Erythrozyten und 6500 Leukozyten, von denen 15% Eosinophile waren. Auffallend ist die Polyglobulie sowie der hohe Gehalt an Eosinophilen, der um 7% höher ist als im Falle Bettmanns. Helmintheneier im Stuhl nicht nachweisbar!

Sehr interessant war, daß die Lichen-ruber-planus-Knötchen sowohl in den vereinzelten großen zelligen Nävis, welche sich am Körper des Pat. fanden, als auch in beiden Mamillen auftraten.

Ein eigenartiges Verhalten zeigte die erwähnte Narbe nach Schußverletzung; bei der Einlieferung ein blendend weißer Fleck, der sich gegen die rote, infiltrierte, umgebende Haut kontrastreich abhob, wurde sie allmählich immer pigmentierter, ohne jemals selbst von dem Erythem befallen worden zu sein. Dieses Phänomen beobachtete schon Leredde, allerdings an Kontaktstellen der Haut, und bezeichnete diese tiefdunkle Pigmentierung — ohne daß da typische Lichenefloreszenzen vorangegangen wären — als „exzessive Ausbildung eines einzelnen Symptoms".

So wie die Erkrankung die Haut zur diffusen (nicht nur zur lokalen) Hyperpigmentation umstimmt, so kann man auch in unserem Fall eine Neigung zur diffusen Hornbildung erkennen. In diesem Sinne waren bei unserem Pat. die Palmae, aber besonders die Plantae von dicken Hornmassen bedeckt (diffuse Tylositas), aber nicht von typischen Effloreszenzen mit vermehrter Hornbildung, also nicht das Bild des Lichen ruber planus corneus der Hohlhand und der Fußsohle.

Nun möchten wir das Wesentlichste unserer Beobachtung, nämlich das Entstehen der Knötchen und Blasen erörtern. Die geeignetste Stelle zu dieser Beobachtung war die Grenze gegen das Gesunde.

Erstens entstanden Knötchen teils auf die Art und in der Form, wie sie eben beim Lichen ruber planus zu entstehen pflegen: ein kleines glänzendes Knötchen, anfangs rosa, später immer dunkler werdend, entsteht auf vollkommen normaler Haut und erlangt mit vollendeter Reife seine klassischen Charaktereigenschaften: polygonale Begrenzung, Perlmutterglanz, zentrale Delle, charakteristische Farbe.

Zweitens trat ein meistens ein- bis fünfkronenstückgroßer, unscharf begrenzter,

[1]) D. W., 1920, Bd. 70.

Digitized by Google

unregelmäßig konfigurierter, erythematöser Fleck auf, der allmählich sich zu infiltrieren begann, bis sich schließlich die Oberfläche als deutlicher Lichen ruber planus darstellte. Diese Flecke konfluierten dann mit der übrigen erkrankten Haut und erweiterten so die erkrankte Fläche.

Die dritte und wesentlichste Art der Effloreszenzenbildung war die, die nach Abheilung einer Blase auftrat. Der Vorgang war folgender: Auf normaler Haut, meistens nicht weiter als 1 cm vom jeweiligen Rand der Dermatose entfernt, entwickelte sich eine Papel, welche durch ihren größeren Umfang, größeren Seruminhalt und infolgedessen erhöhte Transparenz und hellere Farbe als stark exsudativ kenntlich war. Im Verlaufe von 24 Stunden vergrößerte sich die Papel, bildete sich zu einer Blase mit anfangs dicker Decke und kleinem Lumen aus, erlangte meist die Größe einer Erbse (jedoch gelangten bis daumennagelgroße Blasen zur Beobachtung). Nach Einreißen der Blasendecke, das meistens in der Nacht erfolgte, bildete sich eine Borke, die im Verlaufe von 2—3 Tagen durch das von unten empordrängende Infiltrat abgeworfen wurde. An Stelle der abgeheilten Blase waren typische, vollausgebildete Lichen-ruber-planus-Effloreszenzen zu sehen.

Der Blaseninhalt war meistens klar, hellgelb, von hoher Viskosität (wie in den Fällen Lereddes, Bettmanns und Dräers), häufig auch hämorrhagisch. Diese Befunde finden alle ihre Bestätigung in dem histologischen Präparat, das noch genauer geschildert werden soll. Der mikroskopische Befund des Blaseninhaltes war variabel, da wir Blasen mit fast rein serösem, großem und geringem leukozytärem Inhalt fanden. Eosinophile Zellen fehlten oder waren in schwankenden Zahlen bis zu 10% vorhanden.

Die Blasen traten immer nur am Rande, niemals in der Fläche des ausgebildeten Lichen ruber planus auf und wurden nicht mehr beobachtet, nachdem der ganze Körper befallen war.

Der Regreß der Dermatose, die an der Stelle, wo sie begonnen hatte, starke Pigmentation und Hyperkeratose aufwies, begann merkwürdigerweise an den seborrhoischen Partien oberhalb des Sternums in der Interskapularfurche, also an den Stellen, welche die Erkrankung zuletzt ergriffen hatte.

Wir möchten noch ausdrücklich bemerken, daß der Pat. erst dann Arsen verabreicht bekam, nachdem diese Untersuchungen vollendet waren. Als wir die Harnröhren- und Blasenschleimhaut mit dem Urethro- bzw. dem Zystoskop auf Lichen-ruber-planus-Effloreszenzen untersuchen wollten, verließ der Pat. entrüstet über diese Zumutung die Klinik.

(Schluß folgt.)

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien
(Vorstand: Hofrat Prof. Dr. G. Riehl).

Zur Röntgenbehandlung der Furunkulosis und Hidrosadenitis axillaris.

Von

Dr. Herbert Fuhs, Assistent der Klinik.

Unter den verschiedenen Formen der Pyodermien bereiten besonders die Furunkulose sowie die Hidrosadenitis axillaris infolge ihrer Neigung zu Rezidiven dem Arzt gewöhnlich therapeutische Schwierigkeiten.

Der solitäre Furunkel heilt zwar unter antiphlogistischen und einfachen Schälmaßnahmen zumeist in relativ kurzer Zeit. In vielen Fällen bleibt es indes nicht bei dem einzelnen Krankheitsherd, sondern durch Übertragung von Eitererregern auf benachbarte und entferntere Follikel kommt es zu unregelmäßigen Nachschüben regionärer Natur oder Verbreitung über die ganze Körperoberfläche — Furunkulose.

Digitized by Google

Die Verschleppung der Infektionskeime (Staphylokokken) erfolgt immer von außen her durch verschiedene, spez. mechanische Schädlichkeiten (Reibung der Haut, Kleidungsstücke, Kratzen mit dem Fingernagel bei manchen juckenden Dermatosen, z. B. Ekzem, Skabies, Prurigo, Pediculosis vestimentorum). Indes besitzt nicht jede Haut die gleiche Empfänglichkeit für Eitererreger. So kommt es, daß nur bei wenigen von den gelegentlich von Furunkeln befallenen Menschen eine Furunkulose sich entwickelt.

Außer den erwähnten äußeren Umständen, die die Entstehung einer Furunkulose begünstigen, gibt es noch eine Reihe von Ursachen für die Ausbreitung der Furunkel, die zunächst in einer geringeren Widerstandsfähigkeit der Haut gegen das Wuchern der Bakterien beruhen. Von diesen allgemeinen Zuständen ist ein Teil durch die spezielle Beschaffenheit der Haut selbst bedingt. So wissen wir, daß Seborrhoe und Ichthyosis zur Entstehung der Furunkulose prädisponieren, ein anderer Teil der Fälle hängt mit Stoffwechselkrankheiten (Fettleibigkeit usw.) zusammen. Inwieweit die Einwirkung natürlicher oder erworbener Immunität eine Rolle spielt, ist heute noch nicht klar zu überblicken. Wir sind auch nicht in der Lage, nähere Zusammenhänge zwischen Furunkulose und Diabetes sowie anderen Stoffwechselkrankheiten durch tatsächliche Feststellungen aufzuklären. Die klinische Beobachtung beweist aber, daß diese Wechselwirkung besteht.

Für die Therapie ergeben sich in Berücksichtigung der erwähnten ätiologischen Momente der Furunkulose vornehmlich zwei Anforderungen: 1. Beschleunigung des Ablaufes des lokalen Prozesses, 2. Verhinderung der Weiterverbreitung der Krankheitserreger.

Dem erstgenannten Faktor kann in der Regel durch antiphlogistische Umschläge (Burow), erweichende Maßnahmen (Empl. salicylicum saponatum), ev. Biersche Stauung (Saugglocke) und örtliche Schälung (Sap. viridis, β-Naphtholsalbe) leicht und einfach entsprochen werden. Nur stärker in die Tiefe greifende, mit hohem Fieber einhergehende sowie durch ihren Sitz gefahrdrohende Furunkel (Gesicht!) erfordern im allgemeinen chirurgische Eingriffe.

Ungleich schwieriger gestaltet sich die Verhinderung der Übertragung des infektiösen Materiales (Furunkeleiter). Sie wird durch desinfizierende Lösungen (Burow, Salizyl, Sublimatalkohol) und Schälmittel angestrebt, allerdings nicht jedesmal mit voller Sicherheit des Erfolges. Daher versucht man vielfach die verminderte Widerstandsfähigkeit der Haut durch Behandlung eines etwa bestehenden Grundleidens (Diabetes, Magen-Darmstörungen u. a.) oder auch durch Umstimmung des Organismus zu erzielen. Die interne Verabreichung von Hefe, Schwefel soll abnorme Gärungsverhältnisse im Darm beheben, die parenterale Vakzine- (Wright) und Eiweißzufuhr (Schmidt, Müller u. a.), endlich auch reine Kolloidtherapie (Serum, Aderlaß) evtl. in Kombination mit der Verabreichung der entsprechenden Hormone (Luithlen) bezweckt neben Herabsetzung der Entzündungsbereitschaft der Haut die Bildung spezifischer bzw. unspezifischer Antikörper, Erneuerung des Blutes und völlige Umstimmung des Organismus anzuregen. Doch auch diese indirekte unterstützende Behandlung hat in den meisten Fällen im Stiche gelassen und ist zum Teil in der ambulanten Praxis nicht immer leicht durchführbar.

Digitized by Google

Annähernd das gleiche wie für die Furunkulose gilt für die Hidrosadenitis axillaris, die eine Vereiterung der großen Schweißdrüsen der Achselhöhle darstellt und nicht selten hartnäckig rezidiviert. Schwellung und Vereiterung der axillaren Lymphdrüsen kann bisweilen ihre Folge sein.

Mit der ausgedehnteren Heranziehung der Lichtbehandlung in der Dermatologie wurden auch die Pyodermien in ihr Indikationsbereich einbezogen.

An der Klinik Riehl wurde in den letzten Jahren zunächst von der Ultravioletbehandlung ausgedehnterer Gebrauch gemacht. So wurden größere Herde einer intensiven Schälung mit wiederholten Erythemdosen der Bachschen Höhensonne, ferner vereinzelte torpidere Furunkel der Kompressionsbelichtung mit der Kromayerlampe unterzogen. Die Heilungsresultate dieser Hyperämie und Schälbehandlung waren zum Teil recht zufriedenstellend, indes nicht besser als die durch die altbewährten physikalisch-chemischen Maßnahmen erzielten. Das Verfahren gestaltet sich nur vorteilhafter für die ambulanten Patienten, die aus äußeren Gründen, speziell bei ausgedehnterer Furunkulose, von der Anwendung von Schmierseifebädern und Schälmitteln in Form von Salben nichts wissen wollen. Das Neuauftreten von Furunkeln auf bisher nicht erkrankten Hautpartien ließ sich aber auch durch die Ultravioletbehandlung bei weitem nicht immer vermeiden, und im Gegensatz zu den Beobachtungen Rolliers sahen wir auch in bereits öfter bestrahlter und gründlich pigmentierter Haut nicht selten Rezidive auftreten.

Die Röntgenstrahlen hat als erster Freund bei der Behandlung der Furunkulose angewendet. In der weiteren Folge hat eine Reihe von Autoren mit der Röntgenbehandlung bei einzelnen resistenteren Furunkeln und Schweißdrüsenabszessen (Wetterer, Rost, Morton, Meyer, Grulee und Rose) und auch bei regionärer und allgemeiner Furunkulose (Mac Kee, Pusey, Ormsby, Lenk, Schreus, H. E. Schmidt u. a.) mehr oder weniger gute Erfolge erzielt.

Dadurch angeregt haben wir auch in den letzten Monaten gleichfalls je 6 Fälle von hartnäckiger, rezidivierender Furunkulose und Hidrosadenitis axillaris mit X-Strahlen behandelt, um aus eigener Anschauung zu erfahren, ob diesem Verfahren — wenigstens in gewissen, besonders resistenten Fällen — ein Vorzug gegenüber unserer bisherigen Therapie zukäme. Zur Anwendung gelangte eine harte Strahlung (1,5 Christen) in einer Dosis nahe der Toleranzgrenze des Gewebes (6 H gefiltert durch 2 mm Aluminium). Bei Hidrosadenitis axillaris wurden je nach dem ein- oder doppelseitigen Sitz ein oder zwei Felder bestrahlt. Bei regionärer und ausgebreiteter Furunkulose wurde durchweg mit einem runden oder quadratischen Feld mit einem ungefähren Durchmesser von 10 cm das Auslangen gefunden. Die Fokushautdistanz wurde entsprechend den von Holzknecht angegebenen Regeln für die bessere Erzielung der Oberflächengleichmäßigkeit gleich dem doppelten Durchmesser — 20 cm — genommen. In sämtlichen Fällen genügte, wie auch bereits u. a. von Lenk, Schreus und Schmidt erwähnt wird, eine einzige Bestrahlung zur Erzielung des gewünschten Effektes. Dieser wird am besten nach folgenden zwei Gesichtspunkten betrachtet:

Digitized by Google

1. Therapeutisch nach dem Ablauf der bestrahlten und nicht bestrahlten Erscheinungsformen. 2. Prophylaktisch in bezug auf die Verhütung der Entstehung von Effloreszenzen an bisher gesunden Hautpartien.

Unsere bestrahlten Fälle von Furunkulose waren durchweg bereits längere Zeit mit Umschlägen, Pflastern und Schälmitteln sowie mit Injektionen von polyvalenter Staphylokokkenvakzine und interner Verabreichung von Bierhefe behandelt worden. Bei 4 Patienten bestand eine regionäre Anordnung der Effloreszenzen an umschriebenen Hautpartien, bei zwei weiteren hatte sich die Affektion über die ganze Rückenhaut sowie auf die Nates und vereinzelt auch auf die unteren Extremitäten und vorderen seitlichen Stammanteile ausgebreitet. Das Bestrahlungsfeld wurde so gewählt, daß einige der am stärksten ausgeprägten Furunkel hineinfielen. Gewöhnlich erfolgte eine ganz passagere Zunahme der Entzündungserscheinungen an den bestrahlten Effloreszenzen wenige Stunden nach der Bestrahlung (Frühreaktion). Dann trat bei schon gereiften Furunkeln unter beschleunigter Einschmelzung, rascher Abstoßung des nekrotischen Gewebspfropfes Abheilung und Vernarbung unter Hinterlassung einer mehr oder weniger dunklen Pigmentierung ein. Aber auch auf beginnende und in Entwicklung begriffene Furunkel im Bestrahlungsfeld zeigten die Röntgenstrahlen einen, wenn auch weniger deutlichen Einfluß. Teils erfolgte ohne Vereiterung rasche Resorption des entzündlichen Infiltrates in den nächsten paar Tagen, teils auch wurde durch die einsetzende Frühreaktion eine baldige Erweichung und geringe Abkürzung des Verlaufes erreicht. Dies ist an folgendem Falle, bei dem nur die eine Seite bestrahlt wurde, die Furunkel der anderen aber nur Umschläge mit verdünnter Burowlösung erhielten, besonders klar ersichtlich.

U. T., 24 Jahre, Hausgehilfin. Anamnese: Seit mehreren Wochen beständiges Neuauftreten von Furunkeln, bisher mit Umschlägen und Salben ambulant behandelt.

Status praesens: Sonst vollkommen gesundes Mädchen; interner Befund o. B., Harn: Albumen, Zucker negativ. — Zahlreiche Follikuliden und Furunkel von Erbsen- bis Nußgröße, teils noch in voller Entwicklung, teils in Abheilung begriffen, neben kleinen, pigmentumsäumten Narben und blaubraunroten Flecken im Bereiche der Haut beider Nacken-Schultern sowie der angrenzenden seitlichen oberen Brustpartien.

Diagnose: Regionäre Furunkulose.

Therapie: Burow (1 : 10). 25. IX. 22. Bestrahlung der linken vorderen Schultergegend in einem Felde von der Ausdehnung 10 × 10 cm, 6 H gefiltert durch 2 mm Aluminium, harte Röhre. In der Folge werden bestrahlte und unbestrahlte Hautpartien nur mit Umschlägen mit verdünnter Burowlösung behandelt und von Zeit zu Zeit die umgebende gesunde Haut mit 1% Salizylalkohol betupft. 6. 10. In der bestrahlten Partie sind sämtliche Furunkel nach kurzer Exazerbation nahezu vollkommen abgeklungen, die einen unter Resorption ohne Erweichung, die anderen nach zentraler Erweichung und Abstoßung des nekrotischen Pfropfes. An ihrer Stelle findet sich nunmehr hier und da geringe Infiltration oder lediglich mäßige livide bis braunrote Verfärbung der Haut. Keine Nachschübe. Das ganze bestrahlte Feld zeigt eine leichte bräunliche Pigmentation, die entsprechend der Abdeckung scharf gegen die gesunde Haut absetzt; im Bereiche der rechten Schulter und Brustpartien sind die ursprünglich vorhandenen Krankheitsherde wohl auch zum Teil abgeheilt, zum Teil aber finden sich mehrere torpidere, noch sezernierende, mit deutlicher hügeliger Vorwölbung über die Oberfläche. In der Umgebung und zwischen den zur Zeit der Bestrahlung vorhandenen Furunkeln sind vielfach neue, lebhaft entzündliche und schmerzhafte in Entwicklung begriffen. Ähnliche Nachschübe, allerdings in viel spärlicherem Ausmaße, finden sich in den das bestrahlte Hautfeld umgebenden linken Brust- und Schulterpartien. 20. 10. Pat., die inzwischen in ambulatorische Behandlung entlassen wurde, zeigt nur mehr leichte Rötung

Digitized by Google

und Infiltration bzw. Pigmentation und teilweise Narbenbildung an Stelle der früheren Furunkel. An den erwähnten Körperpartien sowie Umgebung nur mehr ganz vereinzelte Nachschübe. Salizylalkohol, Seifenpflaster. 3. 11. Sämtliche Furunkel abgeklungen, keine Nachschübe. In den folgenden Monaten kein Rezidiv.

Aus der erwähnten Krankengeschichte geht auch bereits hervor, daß, abgesehen von der therapeutischen, weniger ins Gewicht fallenden Beschleunigung des Ablaufes der schon bestehenden bestrahlten Furunkel um wenige Tage, auch eine prophylaktische Wirkung in Form einer deutlichen Verminderung, schließlich gänzlichem Aufhören neuer Nachschübe an bestrahlten und nicht bestrahlten entlegenen Partien erzielt werden konnte. Wie schon Schreus betonte, scheint dieser Umstand auf immunisatorische Vorgänge zurückzuführen zu sein. Denn die Eigenschaften der X-Strahlen, je nach der Größe der verwendeten Dosis und Sensibilität des Gewebes, Reizung, Lähmung bzw. Tod der bestrahlten Zellen hervorzurufen, können zwar die örtliche Einwirkung erklären, nicht aber die Fernwirkung auf unbestrahlte Hautpartien. Diese beruht wohl in erster Linie auf Zerfall und Resorption der vielleicht in ihrer Virulenz geschwächten Staphylokokken sowie von Leukozyten und anderen geschädigten Gewebszellen. Durch diese Art von Autovakzination wird allmählich die vermehrte Bildung spezifischer Schutzstoffe, durch das Zerfallseiweiß — das der parenteralen Einverleibung artfremden Eiweißes gleichzusetzen ist — eine Leistungssteigerung oder Protoplasmaaktivierung (Weichardt) im Bereiche des ganzen Organismus ausgelöst. Diese scheint in vieler Hinsicht intensiver und wirksamer zu sein als die Zufuhr polyvalenter Vakzine und die sonstige Kolloidtherapie. Auch bei den fünf übrigen, zum Teil recht ausgebreiteten Furunkulosefällen hatten spätestens 4—6 Wochen nach der Bestrahlung eines kleinen Teilfeldes weitere Nachschübe aufgehört. Es dürfte somit nach dieser Zeit die Allgemeinumstimmung des Körpers, die ein neuerliches Pathogenwerden der verschleppten Staphylokokken hintanhält, vollzogen sein. Immerhin erscheint noch durch längere Zeit Anwendung desinfizierender Lösungen und leichter Schälmaßnahmen angezeigt, um die in Hornschicht und Haartrichter sitzenden Kokken gründlich zu entfernen und unschädlich zu machen. Auf diese Weise könnten in der Folge evtl. Rezidive nach Abklingen der wahrscheinlich nur vorübergehenden Immunvorgänge mit einer gewissen Sicherheit vermieden werden.

Wir verhehlen uns nicht, daß diese Art der Erklärung der bei 6 Fällen beobachteten Heilerfolge noch keineswegs in allen Punkten als sicherstehend anzusehen ist. Immerhin müssen wir betonen, daß der gleichmäßige Verlauf der mit Röntgenstrahlen behandelten Fälle uns die Annahme einer speziellen Wirkung sehr nahe legt, daß wir in weiteren Fällen diese im Vergleich zu anderen Verfahren einfache und in dieser Form auch ungefährliche Behandlung systematisch auch weiter erproben werden und nicht anstehen, sie auch anderwärts zur Nachahmung zu empfehlen.

Die der Röntgenbestrahlung unterzogenen Patienten mit Hydrosadenitis axillaris zeigten bis auf einen mit doppelseitigem Sitz der Affektion nur Befallensein einer Axilla. Auch bei ihnen wurde die

Digitized by Google

Bestrahlung nach längerer antiphlogistisch-medikamentöser Behandlung bei beständigem Neuauftreten von Knoten, nachdem vorher erweichte Effloreszenzen inzidiert worden waren, ausgeführt. Ebenso wie bei Furunkulose führte eine einmalige Belichtung mit einer Strahlung von obenerwähnter Qualität und Quantität zum erwünschten Heilerfolge. Der Verlauf war ähnlich wie bei der bestrahlten Furunkulose.

Ein gewisses Interesse beansprucht noch folgender Fall:

Z. V., 65 Jahre, Kellner. Anamnese: Seit zwei Wochen juckender Ausschlag am Körper.

Status praesens: Ausgedehntes, nässend krustöses Ekzem der Haut des Gesichts, Halses, der oberen Brust- und Rückenpartien mit teilweiser sekundärer Impetigo- und Pustelbildung. Im Bereiche der Achselhöhlen und Ellenbeugen ein hartnäckiges papulöses Ekzem.

Therapie: Umschläge mit Decoct. fol. Malvae, später Ung. Zinci Wilsoni. 6 Wochen nach der Aufnahme Auftreten von Schweißdrüsenabszessen zunächst in der linken, später in der rechten Axilla. Umschläge, Salizylalkohol. Interner Befund o. B.; Harn: Albumen, Zucker negativ, dagegen zeigt Patient Fettleibigkeit mäßigen Grades. 17. X. 22. Das Ekzem ist bis auf mäßige Rötung und Schuppung der Haut von Gesicht, Hals und Stamm abgeklungen. Die Hidrosadenitis axillaris zeigt beständig Nachschübe. Bestrahlung der rechten und linken Axilla mit harter Röhre (6 H gefiltert durch 2 mm Aluminium); nach vorübergehender Exazerbation rasches Abklingen der entzündlichen Erscheinungen an den früheren Effloreszenzen. 1. XI. Leicht braune Pigmentierung der bestrahlten Partien, an Stelle der früheren Schweißdrüsenabszesse nur mehr unbedeutende flache Infiltrate von rötlichbrauner Farbe, beginnender Haarausfall. 15. XI. Sämtliche Erscheinungen in beiden Axillae geschwunden, Fehlen der Achselhaare. Die Haut an den früheren ekzematösen Partien von nahezu normalem Aussehen. Entlassen 12. XI. Ekzemrezidiv mit starker Rötung, Schwellung und teilweisem Nässen sowie Krustenbildung der Haut an Nacken, Gesicht und oberen Brustpartien, zum Teil auch Rötung und Schuppung der Haut der Beugestellen der Gelenke. Im Bereiche der noch bestehenden braunen Pigmentierung der Axillen zeigt die Haut weder Spuren von Ekzem noch auch Bildung neuer entzündlicher Knoten um die Schweißdrüsen. 23. I. 23. Haut an den ekzematösen Partien nach neuerlicher Behandlung mit Umschlägen und Salben nur mehr leicht gerötet und schuppend, im Bereiche der Axillae, abgesehen von einer im Abklingen begriffenen Pigmentierung, Haut von normalem Aussehen.

Bei dem Patienten wurde somit durch eine einmalige Bestrahlung auf seiner sonst so reizbaren Haut eine rasche rezidivlose Abheilung der Hidrosadenitis axillaris bilateralis erzielt, ein Heilerfolg, der auch durch eine neuerliche Ekzemattacke nicht beeinträchtigt wurde.

Zusammenfassung.

Die einmalige Röntgenbestrahlung eines kleinen umschriebenen Hautfeldes (etwa 10 × 10 cm) mit einer Epilationsdosis harter gefilterter Strahlen (6 H durch 2 mm Aluminium) erzielt bei hartnäckigen Fällen von Furunkulose sowie Hidrosadenitis axillaris sehr günstige Heilerfolge. Sie bewirkt am Orte der Bestrahlung zunächst einen rascheren Ablauf der Entzündungsvorgänge. An bestrahlten und nicht bestrahlten erkrankten Hautpartien kann spätestens 4—6 Wochen nach der Bestrahlung ein Aufhören der Nachschübe wahrscheinlich infolge biologischer Umstimmung von Haut und Organismus erzielt werden.

Digitized by Google

Literatur.

Grulee und Rose, J. Am. m. Ass., 1921, Bd. 177, S. 37. — Lenk, Röntgentherapeutisches Hilfsbuch, Springer, Berlin 1921. — Luithlen, M. Kl., 1921, Nr. 8 und Vorlesungen über Pharmakologie der Haut. Springer, Berlin 1921. — Mac Kee, X-Rays and Radium in the treatment of Diseases of the Skin. Lea u. Febiger, Philadelphia und New York. — Meyer, Strahlentherapie, 1921, Bd. 12, 3, S. 904. — Morton, zit. bei Simonson, Strahlentherapie, 1913, Bd. 2, S. 192. — H. E. Schmidt, Röntgentherapie. Hirschwald, Berlin 1915. — Scherus, Röntgenbehandlung in der Dermatologie. Cohen, Bonn 1922, und M. m. W., 1920, S. 1169. — Weichardt, M. m. W., 1918, S. 581. — Wetterer. Handbuch der Röntgen- und Radiumtherapie, 1919, B. 2. Nemnich, München-Leipzig.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Februar 1923.

Originalbericht L. Kleeberg-Berlin.

Krankendemonstrationen:

1. H. Isaac: **Lichen planus** am ganzen Körper bei einem 13jährigen Knaben. Streifenförmige Anordnung am Bein. I. nimmt eine neurotische Grundlage des Lichen planus an.

2. Franz Rosenthal a) sah bei der Behandlung der **Psoriasis** mit Natr. salicyl. $^1/_4$—$^1/_2$% intravenös und lokaler Chrysarobinanwendung Besserung, aber Thrombosierung der Venen. Thymusbestrahlung war ohne Erfolg. Auf ein Ekzem nach Chrysarobin kam es aber zu einem Rezidiv um die alten Stellen.

b) Bei der Behandlung der **Lues** mit einem **kolloidalen Kalomelpräparat** kam es zu anaphylaktischen Erscheinungen, urtikariellem Hautausschlag und Gelenkschwellungen.

Diskussion: Pulvermacher fragt, ob das Ekzem schon vor der Chrysarobinbehandlung bestanden hat.

Buschke sah ebenfalls keinen Erfolg bei Thymusbestrahlungen.

O. Rosenthal: Arsen ist noch immer das Beste bei der Psoriasistherapie.

Saalfeld sah Gutes mit der CO_2-Behandlung einzelner Psoriasisherde.

Heller verwendet den Kohlensäureschnee auch mit Erfolg bei einzelnen Lichenplanus-Plaques, manchmal sah er aber auch Versager.

Balog: **Abortivkur, Provokation, Ehekonsens bei Gonorrhoe.** Eine Abortivkur ist nur dann möglich, wenn die Gonokokken noch nicht in die Drüsen gelangt sind. Da nur die Gonokokken der Oberfläche getötet werden können, genügen ganz verdünnte bakterizide Lösungen (Albargin 1:3000, Hg-Oxyzyanat 1:5000). Bei Anwendung starker Konzentrationen und nach instrumentellen Eingriffen entsteht eine Entzündung der Schleimhaut, bei der sich die Falten der Harnröhre zu Kapillaren schließen und dadurch eine rasche Ausbreitung verursachen. B. empfiehlt als Abortivkur (nach Reinigung des Orifiziums, der Glans, Präputiums, Urin lassen) die etappenweise Ausspülung der Harnröhre mit Albargin 1:3000 oder Oxyzyanat 1:5000 (evtl. Leitungsanästhesie, bei Oxyzyanat überflüssig), wobei die Urethra erst am Sulcus coronarius, dann in der Mitte, schließlich an der Peniswurzel abgeklemmt wird. Von Abortivheilung kann erst nach 14tägiger Kontrolle gesprochen werden; während dieser Zeit dürfen keine bakteriziden Mittel angewandt werden. Bei einer Anterior-Gonorrhoe muß man mindestens 21 Tage, bei Beteiligung der Drüsen, Adnexe und anderen Komplikationen 3—6—10 Monate beobachten.

Als „provokatorische Maßnahmen" kommen in Betracht: Weglassen aller bakteriziden Mittel, Expression der Drüsen der Harnröhre und Adnexe nach dem Urinlassen, evtl. Dehnung und biologische Methoden.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Acta dermatologica-venerologica.

Bd. 2, H. 3.

Untersuchungen über den Endausgang der blennorrhagischen Vulvovaginitis (Examens ulterieurs de la vulvovaginite blennorragique), von Gerda Kjellberg, S. 293—327. 49 Fälle. Das Alter der einzelnen Fälle schwankt von 2—12 Jahren, die Krankheitsdauer von 2 Wochen bis 19 Monate. Es wird nun untersucht, was aus den Patienten mit blennorrhagischer Vulvovaginitis wird. Zu diesem Zweck werden die Kranken zur Kontrolle einberufen, wobei der Aufenthalt im Spital 16—27 Jahre zurückliegt. Dabei zeigt es sich, daß von 14 Verheirateten nur 6 Kinder bekamen, also 57% kinderlos blieben. Von 6 Unverheirateten bekamen 4 Kinder. Die Symptome sind im wesentlichen in Menstruationsstörungen gelegen. Dysmennorrhoe und Amennorrhoe. Es wird nun eingehend die eigene Statistik mit den Statistiken Deutschlands und Englands verglichen und das Gemeinsame aller Fälle herauszuarbeiten versucht. Dabei zeigt sich, daß die häufig zu beobachtenden menstruellen Störungen im gehäuften Auftreten von Polypen ihren Grund haben.

Studien über durch Quecksilber bedingte Angina (Etudes sur l'angine mercurielle), von Johan Almqvist. S. 328—356. Verf. trennt in klinisch scharfer Weise die drei Krankheitsbilder der merkuriellen Angina, der durch Quecksilber bedingten Stomatitis und des durch Quecksilber hervorgerufenen Enanthems voneinander ab und versucht das jeweilige Krankheitsbild aus konstitutionellen Momenten zu determinieren. Die klinische Erfahrung zeigt, daß nicht jeder Mensch in gleicher Weise auf Quecksilber reagiert, weiter, daß die Reaktion unabhängig ist von der Menge des verabreichten Quecksilbers und das Auftreten der Erscheinungen unabhängig ist von der Zeit der durchgeführten Quecksilbertherapie. So kann ein Quecksilber-Enanthem oder eine Quecksilberangina im Anfang der Therapie und andererseits wieder oftmals einige Wochen oder Monate nach Abschluß der Therapie in Erscheinung treten. Zum Zustandekommen dieser abnormen Quecksilberreaktionen ist außer dem Quecksilber das Vorhandensein fusiformer Bazillen und Spirochäten und Kokken erforderlich. Während die fusiformen Bazillen und Spirochäten am Eiweiß angreifen und dasselbe abbauen, bedingen die Kokken die entzündlichen Veränderungen. Die Angina und die Stomatitis sind Prozesse von nekrotisierendem Charakter. Ihnen nahe steht pathogenetisch das Quecksilberenanthem. Das Enanthem charakterisiert sich klinisch durch diffuse Rötung, mitunter Blasenbildung und ist vom skarlatiformen Exanthem oftmals nicht zu unterscheiden. Alle Quecksilberreaktionen, die ja mitunter auch zum Exanthem führen, den ganzen Körper befallen und als Skarlatina imponieren können, sind weiter charakterisiert durch ihre Tendenz, sich in die Nachbargewebe leicht auszubreiten. Die Therapie ist lediglich auf Desinfektion gerichtet und schließt bakterizide Substanzen ein (Silbernitrat, Wasserstoffsuperoxyd und Jodtinktur); für die Quecksilbergingivitis eignet sich besonders Salvarsan.

Ein Fall von Gelenksaffektion im Larynx bei Gonnorrhoe, von Nils Rhodin-Stockholm. S. 356—359. Ein klinischer Fall, in welchem eine Gelenksaffektion im Larynx besteht, die auf eine Gonnorrhoe bezogen wird. Der Gelenksprozeß wurde durch Gonargin günstig beeinflußt. Der Züchtungsversuch, so beweisend er im positiven Ausfall ist, darf bei negativem Ergebnis nicht zu hoch eingeschätzt werden. In solchen Fällen glaubt Verf. dem ganzen klinischen Verlauf und dem therapeutischen Effekt doch erhöhte Dignität beimessen zr dürfen.

Über das Wesen der Psoriasis, von Šamberger-Prag. S. 359—369. Samberger sieht in der Psoriasis eine Verhornungsdysfunktion, durch welche die Vitalität der einzelnen Zellen beim Psoriatiker vermindert ist (parakeratotische Diathese). Das Hormon der Thymus hat den Zweck, die Vitalität der Haut, speziell ihre zur Verhornung bestimmten Zellen, zu erhalten.

Digitized by Google

Ein Fall pluriglandulärer Dysfunktion mit einem neuen Symptom an der Haut (Un cas de dysendocrisie pluriglandulaire avec un nouveau symptome à la peau), von K. Gawalowski-Prag. S. 370—388. Ausführliche Besprechung einer Krankengeschichte, in welcher mit Hilfe der vorliegenden Literatur die einzelnen Veränderungen an der Haut zu den einzelnen inkretorischen Drüsen besprochen werden. Und zwar wird angenommen, daß die erste Störung in einer Überfunktion der Hypophyse bestand, von hier aus die Thymus und die Ovarien beeinflußte und zum Schluß sich die Funktionsstörung von seiten der Schilddrüse bemerkbar machte. Es handelt sich in diesem Fall um eine follikuläre Keratose, und die endokrine Störung imponiert als eine Dequilibration im endokrinen System und nicht als eine multiple Blutdrüsensklerose. Das Wesentliche der Störung besteht darin, daß zwei Drüsen insuffizient sind und zwei Drüsen überfunktionieren.

Bd. 2, H. 4.

Über die Natur des benignen Lymphogranuloms (Sur la nature du «lymphogranulome bénin»), von J. Schaumann. S. 409—419. Das Sarkoid Boeck und die Erythrodermieform des benignen Lymphogranuloms sind Hautreaktionen, bedingt durch den Tuberkelbazillus Typus bovinus. Es scheint, als beträfe der primäre Herd dieser Erkrankung die Lungen. Die Infektion reicht bis in die früheste Kindheit zurück und erfolgt durch Einatmung. Die Hypothese wird durch die Häufigkeit pulmonaler Erscheinungen und Bronchialdrüsen gestützt, dabei wird an eine tonsilläre Eingangspforte gedacht, wofür Veränderungen im hämatopoetischen System sprechen.

Neuere Ausflockungsreaktionen bei Syphilis, von H. Boas und Pontoppidan. S. 419—436. Die Resultate dieser Untersuchungen, welche mit seltener Gründlichkeit durchgeführt wurden, ergeben, daß weder die MR noch die SGR geeignet sind, die WR zu ersetzen und lediglich als Supplement zur WR angesehen und benutzt werden können.

Über alte und neue Medikamente (Medicaments anciens et nouveaux), von O. Michaelis. S. 437—439. Michaelis bespricht das Indikationsgebiet des Jodargols in der Blenorrhoebehandlung. Während das Choleval für die akute Blennorrhoe besonders gelobt wird, hat das Jodargol namentlich bei der posterior Erfolg.

Über wandernde rezidivierende Lymphangitiden (Lymphangitides migrantes recivantes), von O. Michaelis. S. 440—450. Verf. bringt die genaue Beschreibung eines durch zwei Jahre beobachteten Falles mit Symptomen, wie sie dieses Krankheitsbild charakterisieren. Er erörtert eingehend alle differentialdiagnostisch in Frage kommenden Erkrankungen wie das Sarkoid und das Erythema induratum Bazin.

Vergleichende Studien über zwei verschiedene Extrakte bei von Wassermanns Reaktion, von K. Heden. S. 451—468. Heden vergleicht den von ihm selbst hergestellten Extrakt mit dem von Lesser und beweist an einer umfassenden Studie von Fällen die Überlegenheit seines Extraktes.

Über einen Fall von post-parapsoriatischem Leukoderm (Sur un cas de leucoderme post-parapsoriasique), von J. Almqvist. S. 469—473. Gleich Ehrmann, Kerrn und Scherber beschreibt Almkvist einen Fall von Leukoderm im Anschluß an Parapsoriasis.

Untersuchungen über den Endausgang der blennorrhagischen Vulvovaginitis (Examens ulterieurs de la vulvovaginite blennorrhagique) von Gerda Kjellberg (Schluß). S. 473—520.

E. Pulay-Wien.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1922, Bd. 63, Nr. 5.

Urticaria papulo-pigmentosa perstans, von Lorenzo Morini-Modena. Fall, der allmählich sich bei einer vor Zeiten syphilitischen und an Wechselfieber erkrankten Person entwickelt hatte, die erschöpfend behandelt worden war und kein Zeichen frischer Krankheiten mehr bot. Die Histologie dieser Art von Urticaria pigmentosa (besonders die Mastzellenverteilung in Herden oder gemischt mit anderen Zellen in der Haut) wird klargelegt. Die pharmakodynamischen Versuche erwiesen sich bei dem mit Megalosplenie, Hyperazidität des Magensaftes, Darmstörungen und Bluteosinophilie behafteten Kranken als eine chronische Selbstvergiftung, ausgehend von den Verdauungswegen, welche zu einer Hypotonie des Sympathikus geführt hatte. Diese Erscheinungen und das gleichzeitige Bestehen einer Minderarbeit der Nebennieren, die vielleicht auf

Digitized by Google

die Syphilis oder die Malaria zurückzuführen ist (Bradykardie und Erniedrigung des Blutdruckes), ließen einen chronischen Zustand von Anaphylaxie und Pseudovagotonie annehmen, welche die Krankheitserscheinungen und im besonderen die Verfärbung der papulourtikariellen Hauteffloreszenzen erklären können.

Über die Histopathologie der Mycosis fungoides (Sulla isto-patologia della micosi fungoide), von Giuseppe Spremolla-Neapel. Klinische Angaben fehlen. Die Untersuchung ergab ein Granulom, welches an die Lymphogranulomatose von Sternberg-Paltauf erinnerte. Trotz der Ähnlichkeit des Gerüstes mit seinen dicken Einschlüssen und den kleinen Riesenzellen fehlten die Sternbergschen Zellen fast völlig, waren kleiner und ärmer an Kernen und Chromatin. Es fehlten die azidophilen mono- und polynukleären und auch die Herde käsiger und anderer Entartung. Bakterien konnten nur an der Oberfläche, besonders an der Oberfläche von Vereiterungen gefunden werden.

Ein außergewöhnlicher Fall von „Molluscum contagiosum giganteum solitarium" auf der behaarten Haut eines Säuglings (Un ecocecionale caso di „Molluscum contagiosum giganteum solitarium" al cuoio capelluto di un bambino lattante), von Mario Quattrini-Pavia. Die Diagnose war durch den Sitz, das Auftreten in der Einzahl, die rasche Entwicklung und die mangelnde Nabelung erschwert.

Untersuchungen über die Viskosität des Blutes und den Arteriendruck bei der Syphilis (Ricerche sulla viscosità del sangue e pressione arteriosa nella sifilide), von Pier Angelo Meineri-Turin. Die Viskosität des Blutes steigt bei Syphiliskranken mit der Allgemeinausbreitung des Giftes und erreicht ihren höchsten Grad mit dem Auftreten der Hauterscheinungen. Beim Manne ist dieses mehr als bei den Frauen der Fall. Im sekundären Stadium haben die generalisierten Ausschläge mehr Einfluß auf die Viskosität als rein örtliche. Eine scheinbare Nichterhöhung der Viskosität ist dann zu beobachten, wenn rote Blutkörperchen und Hämoglobin bei starker syphilitischer Blutleere bedeutend verringert sind. Antisyphilitische Kuren verringern dann wieder die Viskosität. Gehen die Erscheinungen unter einer Kur langsamer zurück, dann geht auch die Viskosität langsamer zurück. Am raschesten verringern Silbersalvarsan und Neosalvarsan die Viskosität, dann Kalomel, am wenigsten salizylsaures Quecksilber, Sulfarsenol wirkt am schlechtesten, obwohl es die Hauterscheinungen zum Schwinden bringt. In einem Falle, wo durch Neosalvarsan die Viskosität erniedrigt worden war, stieg sie sofort wieder, als das Mittel ausgesetzt und dafür salizylsaures Quecksilber gegeben wurde. Hohe Viskosität geht umgekehrt mit niederen Hämoglobin- und Erythrozytenzahlen einher. Das Serumeiweiß zeigt schwankende Verhältnisse. Der Blutdruck, der anfangs erniedrigt sein kann, steigt mit Abnahme der Erscheinungen und Zunahme der Viskosität. Eine Beziehung zwischen Wassermann und Viskosität konnte nicht gefunden werden. Bei tertiärer Syphilis ist die Viskosität ebenfalls erhöht, aber nicht so bedeutend wie bei sekundärer. Bei der latenten Syphilis ist sie fast normal; mit dem Auftreten von Erscheinungen irgend welchen Grades wird sie aber auch hier wieder höher. Vielleicht bedingt die Erhöhung der Viskosität das Haften der Spirochäten an den Kapillarschlingen der Haut und damit den Eintritt des Ausschlages. Damit steht nicht in Widerspruch die geringe Viskosität bei umschriebenen Syphiliserscheinungen (Kondylome, Plaques muqueuses), denn hier begünstigen offenbar örtliche Ursachen das Haften auch bei geringerer Viskosität. Die Anordnung der Kapillarschlingen und der bei Syphilis oft erniedrigte Blutdruck unterstützen die Wirkung der erhöhten Viskosität auf das Haften der Spirochäten. Die Heilmittel müssen, um die Erscheinungen zurückzubringen, auch den viskosimetrischen Wert erniedrigen. Eine antisyphilitische Kur ist so lange durchzuführen, bis dieser normal ist; denn er ist ein Gradmesser für das Verschwinden anderer bekannter und unbekannter Blutveränderungen.

Zur Frage des Auseinanderweichens der mittleren und oberen Schneidezähne (Zeichen von Gauchер) als Stigmata der Erbsyphilis (A proposito del divaricamento degli incisivi mediani superiori [segno del Gaucher] come stigmata di sifilide ereditaria), von Pietro Stancanelli-Catania. Das Krankheitsbild wird sehr häufig bei der ersten, seltener bei der zweiten Zahnung beobachtet. Das Gauchersche Zeichen hat einen geringeren Wert als die anderen bekannten Zahndystrophien der Erbsyphilis.

Der Wert des Wismuts in der Behandlung der Syphilis (Il valore del bismuto nella terapia della sifilide), von Alessandro Radaeli-Genua. Verwendet wurden

Digitized by Google

Trepol, die Kalium- und Natriumverbindung des Wismuttartrats in öliger Aufschwemmung, Luatol, eine wäßrige Lösung derselben Verbindung, und die Natronverbindung eines Wismutzitrats, welche im Kubikzentimeter 0,01 Wismutzitrat = 0,004 Bi enthielt. Von Trepol und Luatol wurden in einer Behandlungsspanne ungefähr 0,8, vom Wismutzitrat 0,1—0,2 gegeben. Trotz des bedeutenden Mengenunterschiedes wurden auch mit letzterem Mittel sichtliche Ergebnisse erzielt. Rasche Abheilung der Hauterscheinungen, besonders kleinpapulös-pustulöser Formen und eines gegen Salvarsan und Quecksilber unempfindlichen Falles. Schnelles Schwinden der Spirochäten in den nässenden Papeln, der Drüsenschwellungen, Besserung des Allgemeinzustandes (Gewicht, Zahl der roten Blutscheiben, Hämoglobinmenge). Bei Geschwächten, Tuberkulösen und Blutleeren Mindererfolge. Unsichere Beeinflussung der WR. Die Stomatitis entsteht häufiger auf die Anwendung unlöslicher als löslicher Verbindungen. Die Nierenschädigungen können von einfacher Albuminurie bis zu toxischer Nephritis gehen. Die Prognose der letzteren ist gut; die Erkrankung schwindet nach Aussetzen des Mittels. Einmal subakute Vergiftung mit heftiger Stomatitis, schwerer Myasthenie, Schwindel und Herzschwäche. Radaeli erklärt die Wismutbehandlung für wertvoll in den Fällen, wo Arsenobenzol und Quecksilber versagen.

Die gemischten endovenösen Einspritzungen in der Behandlung der Syphilis (Le miste iniezioni endovenose nella cura della sifilide), von Leonardo Nardelli-Trient. Mischspritzen von Neosalvarsan und Sublimat heilten die Hauterscheinungen etwas rascher ab als getrennte Gaben (endovenös Salvarsan, intramuskulär Sublimat). Besonders günstig war die Beeinflussung der Mundpapeln. Mit Mischungen aus Neosalvarsan und Sublimat wurden bei Syphilis I immer, bei Syphilis II fast immer Dauerheilungen erzielt. Die gleichen günstigen Erfolge hatte Nardelli, wenn er statt Sublimat Electro-Hg Clin. nahm. Die Mischungen wurden gut vertragen. Embarinmischungen wurden wegen geringerer Bekömmlichkeit wieder verlassen. Schönfelds Veröffentlichungen über die vortreffliche Wirkung von Silbersalvarsan und Novasurol werden bestätigt. Cyarsalmischungen wurden als minderwertig verlassen.

1922, Bd. 63, Nr. 6.

Beitrag zum Studium des Lichen nitidus (Contributo allo studio del lichen nitidus), von M. Zingale-Florenz. Klinische und histologische Beschreibung eines einschlägigen Falles und kritische Durchsicht der in der Literatur veröffentlichten Fälle. Verf. rechnet diese Dermatose zu den „Tuberkuliden" und ist geneigt, wie für diese auch für jene verschiedene Ursachen anzunehmen.

Originäre generalisierte Sarkomatosen der Haut (Sarcomatosi generalizzate primitive della pelle), von Agostino Crosti-Mailand. Schilderung des Krankheitsverlaufes und des mikroskopischen Bildes von zwei Fällen multipler, originärer, allgemeiner Hautsarkomatose vom Typus Perrin. Im einen Fall entsprachen Verlauf und Erscheinungsform dem Muster. Der andere zeigte Besonderheiten: Beginn bei einem 37jähr. Manne mit vielfachen schmerzlosen Knoten an den Beinen. Sie erinnerten zum Teil an die Form tertiärer Syphilide. WR negativ. Vollständiger Erfolg der eingeleiteten Salvarsankur. Aber nach etwas über einem Monat Rückkehr. Später Metastase im Hoden und Verbreitung über die ganze Haut. Wegen des Ansprechens der Krankheit auf Arsenikalien mußte differentialdiagnostisch, abgesehen von echter Sarkomatose, auch der Typus II der Sarcomatosis cutis Kaposi und der Typus IV der Sarkoide Dariers (Sarcomatosis Spiegler-Polland) herangezogen werden. Diese unterscheiden sich aber sämtlich, wenn sie auch untereinander ätiologisch verschieden sind (Granulationsgeschwülste, Hyperplasien und Neubildungen), durch ihren gutartigen Verlauf von den echten Sarkomen.

Neue Untersuchungen über Batemans Molluscum contagiosum (Nuove ricerche sul molluscum contagiosum di Bateman), von Claudio Gargano-Neapel. Auf Grund einer eingehenden Durchforschung der Literatur und reichlicher mikroskopischer Untersuchungen wird der infektiöse Charakter des Molluscum zwar als naheliegend, aber nicht als bewiesen erklärt. Das Molluscum contagiosum des Menschen sei etwas ganz anderes als das Molluscum contagiosum der Amphibien und die Geflügelpocken. Die Wucherung beginnt im Corpus Malpighi; doch soll die Möglichkeit eines gelegentlichen Ursprungs von Haarbälgen oder Talgdrüsen nicht geleugnet werden. Die Molluscumkörperchen entstehen durch Umbildung des Zytoplasmas der Zellen des Corpus Malpighi und nicht aus ausgetretenen Kernteilen. Ob die Bendaschen Körperchen und die zahl-

Digitized by Google

reichen endo- und extrazellulären chromatophilen Granula Parasiten sind, läßt sich nicht entscheiden. Das Molluscum contagiosum ist eine Metaplasiebildung, nicht eine Neubildung. Wenn der „Kern" des Molluscum contagiosum einen gewissen Grad erreicht hat, wird er spontan oder infolge Druckes oder Kratzens nach außen abwandern. Dieses Ende unterscheidet das Molluscum contagiosum von den unbeschränkt weiter wachsenden Neubildungen.

Die parenterale Einverleibung von Terpentinöl in der dermato-venerologischen Praxis (L'olio essenziale di Trementina, usato per via parenterica nella pratica dermato-venereologica), von L. Mazzini-Genua. Nachprüfung und Bestätigung der von deutscher Seite schon reichlich erprobten Methoden von Klingmüller, Karo und Freund.

Syphilis mit Neigung zu tertiären Formen (Fournier). Beitrag zum Studium der ungewöhnlichen Syphilis (Sifilide che nascono con tendenza al terziarismo [Fournier]. Contributo allo studio della sifilide anomala), von R. Renato Garzella-Pisa. Geschwächtes Individuum. Kurze erste Inkubation. Schwerer Schanker. Keine Drüsenschwellung. Schwere Allgemeinerscheinungen. Nach wenigen Monaten tertiäre Geschwüre.

Die Röntgenbehandlung der Scheerflechten (La röntgenterapia delle tigne), von Carlo Guarini-Neapel. Empfehlung des Adamson-Kienböckschen Enthaarungsverfahrens. Guarini empfiehlt: Härte nicht über 7—8 Benoist, 2 mm Aluminium. Funkenstrecke nicht über 20—25 cm, 2—3 MA, 25 cm Abstand.

A. v. Notthafft-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Prostitution.

Über die gesundheitliche Überwachung der Prostitution. Bericht über die Entschließung des Ausschusses der Berliner medizinischen Gesellschaft, von Grotjahn-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 13, S. 395.) Die Entschließung des Ausschusses der Berliner medizinischen Gesellschaft lehnt sich eng an den Regierungsentwurf an, der die gegenwärtig herrschende Art der polizeilichen Überwachung der Prostitution abschaffen will; dadurch wird ein Ausnahmerecht beseitigt, das mit den Grundlagen des Volksstaates und der Verfassung in Widerspruch stand und eine getrennte rechtliche Stellung der Geschlechter duldete. Für die Beibehaltung der Reglementierung wird keine Partei eintreten; der Reglementarismus ist weniger eine medizinische als eine politische und frauenrechtliche Frage; die Ärzteschaft muß für die Aufhebung der Reglementierung eintreten, weil die hygienischen Erfolge der bisherigen polizeilichen Kontrolle so negativ sind, daß sie ein staatsbürgerliches Unrecht nicht rechtfertigen. Durch den Regierungsentwurf ist eine ausreichende, erfolgversprechende gesundheitliche Überwachung der Prostitution möglich, wenn auch die polizeiliche Einwirkung in den Hintergrund rückt; dafür tritt aber ärztliche und fürsorgerische Betätigung hervor.

G. Loewenstein-Berlin.

Verschiedenes.

Nachruf für Professor Albers-Schönberg, von A. Lorey. (Strahlenther., Bd. 13, H. 3.) Albers-Schönberg erkannte schon frühzeitig den Wert der Röntgenstrahlen für die gesamte Medizin. 1897 gründete er das „Institut zur Anwendung von Röntgenstrahlen für medizinische Zwecke", etwas später die Zeitschrift „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen"; 1905 gründete er die „Deutsche Röntgengesellschaft". Nach seinen Plänen wurde das für lange Zeit vorbildliche Institut im Krankenhause St. Georg in Hamburg eingerichtet — vorbildlich besonders in bezug auf Betriebssicherheit und Strahlenschutz. Von großer Bedeutung sind die diagnostischen Arbeiten. In der modernen Tiefentherapie war er ein scharfer Gegner der schematischen großen Karzinom-, Sarkom-, Ovarial- und Tuberkulose-Dosen. Albers-Schönberg erlag den chronischen schweren Schädigungen durch Röntgenstrahlen am 24. Juni 1922.

G. W. Unna-Hamburg.

Digitized by Google

Anatomie und Physiologie der Haut.

Anatomie der Kapillaren, von Bj. Vimtrup-Kopenhagen. (Kl. W., 1922, Nr. 34, S. 1696.) Verf. nimmt zur Frage des Kontraktionsmechanismus der Kapillaren Stellung. Er hat bei Untersuchungen an lebenden Larven von Triton und Rana auf der Endothelwand der Kapillaren Zellen gefunden, die mit ihren Protoplasmaausläufern die Kapillaren umfassen und die Verengerung veranlassen. Das Aussehen der Zellen ändert sich mit dem Kontraktionszustand der Kapillare. Sie sind mit Methylenblau färbbar und auch an den kleinsten Kapillaren damit gut auffindbar. An den Fortsetzungen der Kapillaren in Arterien und Venen finden sich alle möglichen Übergangsformen. Nach ihrem Entdecker nennt er sie Rougetsche Zellen. E. Langer-Berlin.

Zur Physiologie und Morphologie der Kapillaren am Nagelwall bei gesunden Personen, von Walter Dieter und Chou Sung-Sheng-Berlin. (Zschr. f. d. ges. exper. Med., Bd. 28, H. 1/4.) Verf. hat bei einer großen Anzahl gesunder Personen die Länge, Breite und Zahl der Kapillarschlingen am Nagelwall bestimmt, unter Beobachtung der verschiedensten Formen und der Anordnung der Kapillaren wie auch der Strömung in ihnen. Die durchschnittliche Länge beträgt bei ungefähr $^2/_3$ der Fälle 160—400 μ, bei $^1/_3$ etwa 400—550 μ, beide Gruppen sind deutlich, aber nicht scharf geschieden. Die Breite des arteriellen Schenkels beträgt 10—30 μ, diejenige der venösen Schenkel bis zu 50 μ. Bei zarter Epidermis finden sich lange, gerade Kapillarschlingen, bei derber dagegen kurze und mannigfach gewundene. In einem 3 mm langen, 0.15 mm breiten äußersten Hautstreifen finden sich meistens 30—34 Schlingen. Diese Zahl ist bei gesunden Personen nur geringen Schwankungen unterworfen.

G. Assmann-Kiel.

Über abortiven Abbau des fibroelastischen Gewebes der Haut, von Paul Grawitz-Greifswald. (Virch. Arch., Bd. 232, S. 35—57.) Grawitz gibt eine ausführliche Darstellung seines bisherigen Streites gegen die Anwendung der Cohnheimschen Leukozytenlehre auf das Zustandekommen der sog. kleinzelligen Infiltration zugunsten seiner Theorie der aktiven Teilnahme der Grundsubstanzen bei demselben. Den Schlußbeweis für seine Anschauung glaubt er durch das Beispiel des abortiven zelligen Abbaues des Bindegewebes zu geben. Menschliche Haut vom Lebenden oder kurz post mortem entnommen, wurde dem Lymphstrom der Kaninchenbauchhöhle 7—29 Tage ausgesetzt und dann mikroskopisch untersucht. Als Tatsache ergab sich dabei, wie an beigegebenen Abbildungen gezeigt wird, daß das Erscheinen von reichlicher Chromatinsubstanz in elastischen und leimgebenden Fasern zu allmählichem Aufbrauch größerer Kutisabschnitte geführt hat, wodurch sich bei schwacher Vergrößerung das Bild der kleinzelligen Infiltration ergibt, ohne daß es zur Ausbildung einer einzigen fertigen Rundzelle gekommen ist (abortiver Abbau). Proliferation und Immigration sind ausgeschlossen, da es sich hier nicht um fertige Zellen, sondern nur um Kernsubstanz handelt. A. Blüth-Hamburg.

Über die histologischen Vorgänge bei Hautimplantation nach W. Braun, von Wildegans-Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1922, Bd. 120, H. 3, S. 415.) Verf. hat in zahlreichen Fällen das Braunsche Verfahren geübt und damit fast durchweg gute Resultate erzielt. Kleinere Defekte heilten in 4—7 Tagen, größere in 3—6 Wochen. Fast stets heilte die Transplantation als widerstandsfähige, dauerhafte Hautdecke. Verf. bespricht dann eingehend die histologischen Bilder während des Heilungsverlaufes; darüber ist im Original nachzulesen, da der ausführliche Bericht für ein kurzes Referat ungeeignet ist.

E. Langer-Berlin.

Das Vorkommen der Plasmazellen im gesunden und kranken Euter unserer Haustiere, von Friedrich Vortmann-Elberfeld. (Inaug.-Diss., Hannover 1922.) Unter Benutzung der Plasmazellenfärbungen von Unna und Pappenheim hat Verf. Untersuchungen über das Vorkommen dieser Zellart im gesunden und kranken Euter angestellt. Da sie auch im ersteren auftreten, so sind sie nicht lediglich als Produkte einer entzündlichen Reaktion zu betrachten. Sie kommen überall vor, wo es infolge eines gewissen Reizes und durch ständigen Zellzerfall zu einem Granoplasmaüberschuß kommt. In diesem Falle, d. h. unter physiologischen Umständen, und bei chronischer Entzündung, wo ebenfalls nur ein schwacher Reiz vorhanden ist, treten vor allem typische Plasmazellen auf. Bei akuten Prozessen sind Plasmatochterzellen und atrophische Zellen in der überwiegenden Mehrzahl. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Mikroskopische Technik.

Eine kritische Bemerkung zur Sulfitentfärbung des Tuberkelbazillus, von J. von Bergen-Leysin, Mont Choisi. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 7/8, S. 598—602.) Die Nachprüfung der von Konrich modifizierten Ziehl-Neelsenschen Methode ergab, daß die Tuberkelbazillen durch eine 10%ige Natriumsulfitlösung entfärbt werden. Die Entfärbungszeit dauert sehr lange. Bessere Resultate werden durch Einschaltung eines 60%igen Alkoholbades erzielt. Diese werden aber auch durch verdünnte HCl oder HNO_3 erreicht. Verf. lehnt die Sulfitentfärbung ab, da das Natriumsulfit in wässeriger Lösung sehr unbeständig ist. Die beste Methode des Tuberkelbazillennachweises bleibt die nach Ziehl-Neelsen. F. Harry-Berlin.

Bakteriologie und Immunitätslehre.

Ein eitererregender Diplokokkus (On a Strain of Pyogenic Diplococcus), von Masato Kusunoki-Fukuoka. (Japan. med. World, Jan. 1922, S. 10—12.) Verf. hat in etwa 10 Fällen von zirkumskripter Abszeßbildung (Haut, Gelenk und Umgebung, Abdomen) als Erreger einen Diplokokkus gefunden, der teils rein, teils vermischt mit Staphylokokken vorkam. Er ähnelt sehr dem Gonokokkus, kommt sowohl intra- als auch extrazellulär vor. Die von ihm erzeugten Entzündungen sind nicht annähernd so schwer wie bei einer Gonokokkenerkrankung. Er ist grampositiv, unbeweglich, meist ist der eine des zusammengelagerten Kokkenpaares etwas größer. Er wächst gut auf den meisten Nährböden und ist ziemlich resistent. A. de Lemos-Hamburg.

Zur Bewertung diagnostischer Hautreaktionen bei Säuglingen, von P. Grosser und K. Keilmann-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1922, Nr. 47, S. 2326.) Verff. konnten durch Vergleich intrakutaner und kutaner Impfung feststellen, daß Säuglinge, die bei kutaner Einverleibung nach Pirquet auf gewisse unspezifische (Bouillon, Kochsalzlösung, Glukose, Normosal usw.) und spezifische (Tuberkulin, Di-Serum) Reize nicht reagierten, bei intrakutaner Impfung deutliche Reaktionen zeigten. Hieraus erhellt einmal, daß der Ausfall der Reaktion zum Teil von der gewählten Methode abhängig ist, und ferner, daß nicht nur tuberkulös Infizierte auf die spezifische Impfung reagieren, sondern daß es auch gesunde tuberkulinempfindliche Säuglinge gibt. Diese Individuen reagieren bei intrakutaner Einverleibung ebenso auf Tuberkulin wie auf unspezifische Mittel positiv, ohne tuberkulös zu sein. E. Langer-Berlin.

Studien über Bacillus fusiformis und Vincents Spirochäte (Studies of Bacillus Fusiformis and Vincents Spirochete), von D. J. Davis und Isadore Pilot-Chicago. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 12, S. 944—951.) Eigene Studien sowie Literaturangaben haben die Verff. in ihrer umfangreichen Arbeit niedergelegt. Die fusiformen Bazillen sowie die mit ihnen vergesellschafteten Spirochäten kommen hauptsächlich an drei Orten im menschlichen Körper vor: in den Krypten der Gaumenmandeln, hier hauptsächlich in den aktinomyzesartigen Körnchen, an den Zähnen und im Präputialsack sowie um die Klitoris herum. Gelegentlich finden sich die Bazillen auch im Magen-Darmkanal. Im Munde oder in den Tonsillen sind immer auch Streptokokken damit vergesellschaftet, im Smegma Staphylokokken. Es scheint eine Symbiose unter allen genannten Organismen zu bestehen. Sie kommen vor bei gesunden und bei kranken Menschen. Bei letzteren bestimmen die Aufenthaltsorte augenscheinlich die Lokalisation für die gangränöse und putride Infektion dieses Typus, so die Vincentsche Angina, die ulzero-membranöse Stomatitis, Noma, die eitrige Mittelohrentzündung, die putride Bronchitis usw. Verimpft man Material, das fusiforme Bazillen und Spirochäten nebst pyogenen Kokken enthält und von Zähnen, Tonsillen usw. stammt, auf Kaninchen intrapleural, so enthalten die putriden und gangränösen Herde bei diesen die obengenannten Organismen. Die Streptokokken spielen vornehmlich die angreifende Rolle und befallen die angrenzenden Höhlen sowie den Blutkreislauf, während die fusiformen Bazillen sowie die Spirochäten die Neigung haben, an den Impfstellen Nekrose und Gangrän zu erzeugen.
F. Quasig-Hamburg.

Zelluläre Immunität und Krankheitsdisposition, von A. Theilhaber und H. Rieger. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 173, H. 1/6.) Krebs entsteht dort, wo die Schutzvorrichtungen gegen das Vordringen der Epithelzellen in das Bindegewebe vermindert sind, in der Regel handelt es sich dabei um Kombination der Atrophie der lymphozytären Organe mit einer hochgradigen Verarmung des Bindegewebes eines Organes an Zellen, insbesondere Lymphozyten und fixen Bindegewebszellen. Der Mangel

Digitized by Google

an solchen Zellen besteht meist schon lange infolge Narbenbildung, chronischer Entzündung, und wird häufig verstärkt durch Ernährungsstörungen mit zunehmendem Lebensalter. Das Wichtigste ist die Verminderung der durch die Zellen bewirkten „Immunität" des Bindegewebes. Die vermehrte Proliferation des Epithels ist meist sekundär, doch scheint in einem Teile der Fälle eine vermehrte Aggressivität der Epithelzellen neben der Atrophie des Bindegewebes die Entstehung des Krebses zu begünstigen. Bei der Behandlung derartiger Krankheiten ist die Heilbestrebung der Natur nachzuahmen, eine Entzündung anzuregen. In Betracht kommen Diathermie, Einspritzungen von Extrakten lymphozytärer Substanzen, Hautreize und Röntgenbestrahlungen mittlerer Dosis.

E. Levin-Berlin.

Die Immunitätserscheinungen bei den tropischen Spirochätenkrankheiten, von W. H. Hoffmann-Habana. (Javasche Boekhandel en Druckeriy Rijswijk, Weltevreden 1922, Sonderabdruck aus den Verhandlungen des 4. Kongr. der „Far Eastern Association of Tropical Medicine", Batavia 1921.) Aus der sich mit obigem Thema beschäftigenden biologischen Arbeit interessieren den Dermatologen vor allem die Mitteilungen über Framboësie, Ulcus tropicum und Stomatitis ulcerosa. 1. Framboësie: Überwiegendes Befallensein der farbigen Rasse, seltene Erkrankung bei Europäern. Schwere des Auftretens bei den verschiedenen Völkern sehr verschieden: meist sehr leichter Verlauf in Afrika, schwere Formen in der Südsee und auch bei den Chinesen. Überall aber durch Komplementbindungsverfahren als einheitliche Krankheit nachgewiesen. Völlige Unempfänglichkeit gegen Neuansteckung und bei bestehenden Erscheinungen gegen Autoinokulation besteht weder bei noch nicht geheilter noch bei geheilter Framboësie. Dies gilt sowohl für den Menschen als auch im Experiment für das Kaninchen. Besonders schwere Abgrenzung gegen Syphilis, vor allem wegen des oft übereinstimmenden Ausfalls der Komplementbindung. Letztere ist bei Framboësie nicht so prompt wie bei Lues. Beide Erkrankungen können nebeneinander bestehen. Durch die Immunitätsreaktion konnte der Beweis für die Zugehörigkeit verschiedener selbständig erscheinender Krankheitsbilder zum Gebiet der Framboësie erbracht werden, so die Zugehörigkeit der Gangosa, der Rhinopharyngitis mutilans u. a. Auch durch die Kutan- und Intrakutanimpfung mit Luetin resp. Frambotin keine sichere Entscheidung zwischen Lues und Framboësie möglich. Therapeutisch bei Framboësie Salvarsan das Mittel der Wahl. Die Wirkung beruht aber nicht allein auf der Giftwirkung des Arsens, sondern auch indirekt in einer kräftigeren Antikörperbildung. — 2. Ulcus tropicum: Hartnäckiger Verlauf, schlechte Heilungstendenz, Neigung zum schnellen Fortschreiten, häufiges Rezidivieren auch bereits ganz vernarbter Prozesse, leicht mögliche Autoinokulation. In der Südsee bösartigeres Auftreten als in Afrika. Immunitätsreaktionen haben wenig Bedeutung. Serum Ulcus-tropicum-Kranker macht in der WR unspezifische Hemmungen. Mit Salvarsan gute Heilerfolge. — 3. Stomatitis ulcerosa: Langwieriger Verlauf bei mangelhafter Schutzkörperbildung. Spontanheilung dauert lange Zeit. Ansiedelung der Spirochäten wird erleichtert. Gewebsschädigungen aller Art und dadurch herabgesetzte Widerstandsfähigkeit. WR von Bedeutung wegen der Abgrenzung gegen Lues. E. Langer-Berlin.

Vorübergehende und dauernde Immunität (Immunité passagère et Immunité durable), von A. Marmorek. (Presse méd., 1922, Nr. 30, S. 324.) Langdauernde Immunität findet sich besonders bei denjenigen Erkrankungen, deren Erreger uns noch unbekannt und nicht als geformte Organismen, Bakterien, Plasmodien usw. nachzuweisen sind. Es ist anzunehmen, daß ultramikroskopische und filtrierbare Erreger die Körperzellen des Menschen in ganz anderer Weise und in einem anderen Grade beeinflussen als die von geformten Mikroorganismen erzeugten Toxine. Hier bringen uns die von verschiedenen Autoren getätigten Beobachtungen von Ansammlungen von fremdartiger Materie im Protoplasma und auch im Kerne der Körperzellen bei Infektionskrankheiten weiter, wie letztere von Levaditi, Harries und Nicolau bei Encephalitis lethargica nachgewiesen sind. Man kann sich vorstellen, daß nur das unsichtbare, filtrierbare Virus bis in den Zellkern eindringt und somit eine langdauernde Immunität hervorrufen kann. Da nun ferner bekannt ist, daß Krankheiten mit geformten Infektionserregern auch ein Stadium der Unsichtbarkeit haben können, wie dies für das Gelbfieber von Noguchi nachgewiesen ist, so denkt M. daran, ob nicht auch für die Syphilis, z. B. durch Überimpfungen, ein Unsichtbarkeitsstadium nachzuweisen sein könnte, und ob man nicht ein Vakzin herstellen könnte, das sowohl heilte als auch dauernde Immunität gewährte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Überempfindlichkeitsversuche an Bakterien, von A. Schnabel, Inst. Robert Koch, Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Inf.-Krkh., Bd. 96, H. 3, S. 351—386.) Zu den Ver-

Digitized by Google

suchen wurden Pneumokokken, Staphylokokken, Dysenterie- und Kolibazillen herangezogen. Als wirksame Substanzen, gegen die sie überempfindlich zu machen waren, dienten Optochin, Sublimat, Formaldehyd, Chinin, Phenol und Argent. nitricum. Wurden Pneumokokken in Serumbouillonröhrchen mit verschiedenem Optochingehalt gezüchtet, so konnten nach 24stündiger Bebrütung bei 37° C zwei bis drei von der Norm abweichende Empfindlichkeitszonen festgestellt werden. Die in den höheren Optochingehaltskonzentrationen (1:500000 im Durchschnitt) gewachsenen Kulturen waren gegen das Optochin gefestigt, während die in den relativ dünneren Konzentrationen (1:5 bis 1:30 Millionen) gezüchteten sich gegen das Alkaloid mehr oder weniger stark überempfindlich erwiesen. Die in verschiedenen Formaldehydkonzentrationen derselben Ausgangskultur gezüchteten Pneumokokken zeigen ebenfalls einen verschiedenen Empfindlichkeitsgrad gegen dieses Gift, und zwar erwies sich ein Formaldehydgehalt von 1:80000 bis 1:320000 des Nährmediums als der überempfindlich machende. Ein analoges Verhalten äußerten Staphylokokken gegen Sublimat, indem die in Nährbouillon mit verschiedenem Sublimatgehalt gewachsenen Kulturen eine je nach der Konzentration der toxischen Substanz verschiedene Empfindlichkeit gegen Sublimat aufwiesen. Sublimatüberempfindliche Staphylokokkenkulturen waren häufig in geringem Grade auch gegen Silbernitrat, nicht aber gegen Phenol oder Optochin überempfindlich. Diese Beschränkung der Spezifität des Phänomens könnte durch den Charakter beider Substanzen ($HgCl_2$ und $AgNO_3$) als Metallsalze und die damit zusammenhängende Ähnlichkeit der Wirkungsart auf die Keime bedingt sein. Seltener gelang der Nachweis der Überempfindlichkeit mit Kulturpassagen in toxischen Medien. Es hat den Anschein, als ob die überempfindlichen Keime schon in der nächsten Passage noch während des Wachstums im toxischen Medium eine Änderung erfahren würden, indem sie nicht nur nicht mehr überempfindlich, sondern im Gegenteil etwas gefestigt erscheinen können. Dieses Verhalten verleiht der von vornherein naheliegenden Annahme eine Stütze, daß zwischen Überempfindlichkeit und Giftgewöhnung ein inniger Zusammenhang besteht — worüber Verf. bereits weitere Versuche eingeleitet hat. M. Stern-München.

Über Kulturverfahren mit Gonokokken und deren Mutationsbildung, von L. Kandiba, Bakteriolog. Inst. Charkow. (Zschr. f. Hyg. u. Inf.-Krkh., 1922, Bd. 96, H. 3.) Die Versuche mit Gonokokkenkulturen auf gewöhnlichem Agar zeigten, daß Gonokokken in der ersten Generation auch auf Nährböden ohne menschliches Eiweiß Kulturen bilden, daß aber die Gonokokken der folgenden Generationen keine Beständigkeit in dieser Hinsicht zeigen. Zur Erlangung eines üppigen Wachstums der Gonokokken wird der Aszitesagar nicht mit Fleischwasser zubereitet, sondern mit einem Aufguß von Hammelleber und Milz zu gleichen Teilen; ein gutes Wachstum auf flüssigem Nährboden wird nur bei Luftzutritt, und zwar bei breiter Oberfläche und dünner Schicht erzielt. Setzt man die nach K.s Methode aufbewahrten Gonokokkenkulturen vorsichtig und nur kurze Zeit Temperaturen (40—44° C) aus, die sonst die Gonokokken vernichten, so werden bei einigen Stämmen Mutationen beobachtet. Bei der Mutation verändert sich die Morphologie der Kokken (Dehnung der Form, welche aber allmählich wieder zur runden Form zurückkehrt), das Verhalten zur Färbung nach Gram — die Kokken färben sich zum Teil violett — und die Art des Wachstums — auf Aszitesagar geht es langsamer vor sich. Bei der intraperitonealen Injektion am Meerschweinchen zeigen sie dasselbe Verhalten wie die Gonokokken. Die Zugehörigkeit der Mutationen zu den Gonokokken wird schließlich durch die Reaktion der Komplementbildung erhärtet, indem man bei den Versuchen mit Mutationen und Gonokokken abwechselnd Immunsera und Antigene von beiden verwendet. M. Stern-München.

Experimentelle Untersuchungen über die Immunität bei Rekurrens und ihre Beeinflussung durch Salvarsan, von A. Buschke und H. Króo-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 47, S. 2323.) In ausgedehnten, sehr mühevollen experimentellen Studien haben sich die Verff. mit einer Reihe von Fragen bezüglich der Rekurrens-Immunität befaßt und neue Tatsachen von weittragender Bedeutung gefunden, die auch auf die menschliche Spirochätose bei der biologischen Verwandtschaft der verschiedenen Spirochätenarten gewisse Schlüsse zulassen werden. Zunächst konnte die im Gegensatz zu der bisherigen Anschauung auffallende Tatsache festgestellt werden, daß die Rekurrens-Immunität an den in irgend einer Form im Organismus vorhandenen Erreger geknüpft ist, da Organüberimpfungen — besonders Gehirn — immuner Mäuse auf gesunde in diesen typische Krankheitserscheinungen hervorriefen. Neben Gehirn-Überimpfungen wurden mit positivem Erfolg Milz, Leber, Knochenmark und Niere überimpft. Diese Tatsache dürfte auch für die Forschungen bei Paralyse und Tabes weitere Grundlagen abgeben.

Digitized by Google

Auch Tiere, die nach sehr hoch dosierter Neosalvarsanbehandlung anscheinend geheilt und immun waren, enthielten noch Infektionskeime, da mit ihren Organen — besonders wieder Gehirn — gesunde Mäuse infiziert werden konnten. Eine Prüfung der Frage, ob man an den mit Neosalvarsan immunisierten Mäusen eine Reinfektion hervorrufen könne oder ob das Angehen der Infektion auf Grund der Beobachtung, daß in den mit Salvarsan behandelten Tieren noch Infektionskeime vorhanden sind, eine Superinfektion darstellt, konnte noch nicht einwandfrei geklärt werden. Gerade die Prüfung dieser letzten Frage dürfte zu Nachuntersuchungen bei Paralytikern anregen.

E. Langer-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Reiztheorie, Entwicklungslehre und Konstitutionsproblem, von L. Borchardt-Königsberg. (D. m. W., 1922, Nr. 36, S. 1197—1198.) Die meisten typischen Konstitutionsstörungen beruhen auf Abweichungen der Reaktionsfähigkeit auf Reize. Konstitutionsanomalien entstehen entweder durch abweichende Anlagen, durch ererbte fehlerhafte Reaktionsweise auf normale Reize oder durch abnorme Reize bei normaler Reaktionsfähigkeit. Je nach der Periode der Entwicklung (Einteilung in vier Perioden nach Roux), in der die Reize einwirken, werden die ausgelösten Reaktionen verschieden sein. Der Ausfall der Reaktionen wird auch noch von dem Umstand abhängen, welche von den drei Grundeigenschaften der Zelle (Funktion, Nutrition, Formation) im Sinne der Förderung oder Hemmung gestört wird. F. Harry-Berlin.

Über den schützenden und heilenden Einfluß des Wärmekastens auf Eiweißzerfallsvergiftungen und verwandte Zustände, von H. Pfeiffer-Graz. (Zschr. f. d. ges. exper. Med., Bd. 29, H. 1/2.) Zahlreiche eingehende Versuche an Tieren mit Hilfe des Wärmekastens haben ergeben, daß im Mittelpunkt der Vergiftung, die sich in schweren und tödlichen Hautverbrennungen nach photodynamischen Schädigungen, sowie nach Einbringen von Trypsin in den Kreislauf ergibt, bei der weißen Maus eine Lähmung der Wärmeregulierung steht. Diese führt zur schwersten Unterkühlung der Tiere, die dann in einem von der Umgebungswärme nur um wenige Grade unterschiedenen Temperaturminimum unter Auftreten schwerster Krankheitserscheinungen eingehen. Die Bedeutung der Kältenarkose für den Krankheitsverlauf zeigt sich darin, daß es gelingt, tödlich geschädigte, schon sterbende Tiere durch vorsichtiges Erwärmen in kurzer Zeit unter Rückgang der Allgemeinerscheinungen dauernd zu heilen oder die schweren Folgen der Kältenarkose zu verhüten, wenn selbst tödlich verletzte und vergiftete Tiere vom Versuchsbeginn an warm gehalten werden. Der Wärmehaushalt ist zunächst vorwiegend seiner Gegenregulierung gegen Kälte beraubt, während Überhitzungsversuche noch in Form einer beschleunigten Atmung zunächst abgewehrt werden. Neben dem Wärmehaushalt leidet die Atemregulierung, da übergroß gewählte Schädigungen und bei unvorsichtigem Erwärmen schon völlig aus der Kältenarkose erholte Tiere an Atemlähmung zugrunde gehen können, bevor sie ihre natürliche Eigenwärme wieder erlangt haben. Der Wärmehaushalt von weißen Mäusen, die bereits aus der Kältenarkose gerettet waren, wird neuerlich gelähmt und die Tiere gehen unbehandelt an Atemlähmung zugrunde. Das Körpergewicht fällt während dieser Zeit bis zu 20% ab, die Nebennieren verarmen vollkommen an Lipoiden und chromaffiner Substanz. Bei tödlich verbrannten Ratten konnten bei Eintritt der Kältenarkose ähnlich günstige Heilwirkungen des Wärmekastens festgestellt werden. Das Leben tödlich verbrühter Meerschweinchen konnte, gleichgültig ob der Wärmekasten sofort oder später angewendet wurde, nicht erhalten oder verlängert werden. Nach der Einspritzung größerer bis sicher tödlicher Mengen von Antipyrin erkrankt und stirbt die weiße Maus unter Abfall ihrer Eigenwärme bis nahe an die Umgebungstemperatur gleichfalls unter dem Bilde der Kältenarkose. Durch den Wärmekasten kann man die Tiere vor tödlichen Vergiftungen schützen, eine voll entwickelte Vergiftung zum Schwinden bringen. Die krampferregende und atmungslähmende Wirkung mehrfach tödlicher Mengen von Antipyrin wird im Gegensatz zu seiner temperaturherabsetzenden Eigenschaft durch künstliches Wärmen verstärkt. G. Assmann-Kiel.

Homoplastische Transplantation von Explantaten aus erwachsener Froschhaut, von R. Gassul-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 35, S. 1163—1164). Experimentelle Untersuchungen ergaben, daß Transplantationen nur dann gelangen, wenn die Explantate in artgleichem Medium gezüchtet wurden. Die Implantate heilen nicht ohne weiteres ein. Es bildet sich zunächst ein Melanophorenwall und eine kleinzellige Infiltration

Digitized by Google

um das Explantat, das reich an Kapillaren geworden ist und mit seinen Gefäßen und Bindegewebsfasern mit dem Wirtsgewebe in Verbindung steht. Ferner unterscheidet sich das Explantat durch die viel dünnere Epidermis. Das Bindegewebe beteiligt sich aktiv am Anheilungsprozeß. F. Harry-Berlin.

Über künstliche und erworbene Schleimhautbeutel und ihre Beziehungen zu den Gelenken (Eine histologische und biologische Studie), von B. Martin-Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1922, Bd. 120, S. 281.) Verf. stellte vergleichende Studien an über den Wandaufbau von künstlich geschaffenen Ergußhöhlen, wie sie z. B. nach der Ausschälung von Tumoren zustande kommen können, von physiologischen und pathologisch veränderten Schleimbeuteln und Gelenken, des weiteren über die Art des Ergusses und den Einfluß des Ergusses auf den Aufbau der Wandschichten. In den künstlich hergestellten Ergußhöhlen findet sich wie in Schleimbeuteln und Gelenken eine synoviahaltige Flüssigkeit, von deren Zustand die hervorgerufenen Wandveränderungen abhängig sind. Von dem Schleimbeutel-, resp. Gelenk-, resp. Wundhöhleninhalt geht ein Reiz aus, zu dem die Innenfläche des betreffenden Hohlraumes in einem Abhängigkeitsverhältnis steht. Durch den Aufsatz wird die rein bindegewebige Natur der Membrana synovialis und vor allem der Oberflächenzellen erneut festgestellt. E. Langer-Berlin.

Technische Grundlagen zur Anwendung des Dermographismus als Untersuchungsmethode der Hautgefäße, von Leonhard Schwartz-Basel. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 33/34.) Zur Erzielung sichtbarer Hautveränderungen kommen mechanische, thermische, chemische, elektrische Reizmittel in Betracht, erstere, als am bequemsten anwendbar, am häufigsten verwendet, und zwar als spitze, schmerzerzeugende Reize (Dermographia dolorosa) oder als stumpfe, oberflächlich wirkende (Dermographia peripherica). Hier werden nur die Verhältnisse bei der letzteren erörtert unter Zugrundelegung der Reizstrichmethode. Zur Messung der Intensität der Dermographia peripherica rubra verwendet Verf. das früher von ihm beschriebene Ereuthoskop, der Reiz selbst wird mittels des Ereuthometers (Modell I und II) ausgeübt, das in Fortbildung verschiedener von anderen Autoren angegebener Apparate die Ausübung eines gleichmäßigen, gut meßbaren Reizes gestattet. Dem Endstück dieses Reizstiftes wurden verschiedene Formen versuchsweise gegeben, eine ausgesprochen stumpfe Gestalt erwies sich am geeignetsten, und zwar mit konvexem, knopfförmigem Endstück. Hartes Metall mit glatten Flächen und Kanten ist vorzuziehen, rauhes elastisches Material gibt leicht unregelmäßige Reizstriche; die Verwendung von Gleitmitteln hat praktisch keinen Zweck. Aus eingehenden, im einzelnen geschilderten Versuchsreihen über Art und Zeitdauer der verwendeten Reize in bezug auf Latenzzeit zwischen Reiz und Auftreten der dermographischen Reaktion, sowie deren Intensität und Dauer ergaben sich für symmetrische Stellen der beiden Brustseiten annähernd identische Durchschnittswerte; vom ersten bis vierten Interkostalraum sind dagegen geringe Abweichungen zu konstatieren. Es ist sicher möglich, Serien gleichmäßiger dermographischer Reaktionen zu erhalten, auf welche die Einwirkung bestimmter Faktoren studiert werden kann; da jedoch dabei immerhin mit gewissen geringen Abweichungen zu rechnen ist, muß der einwirkende Faktor Veränderungen hervorrufen, die deutlich außerhalb der Fehlergrenze liegen. E. Levin-Berlin.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Diagnose und Behandlung alltäglicher Hautkrankheiten (Diagnosis and Treatment of the More Common Diseases of the Skin), von Edward Pisko-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 7.) Bei parasitären Krankheiten keine interne Behandlung, bei allen anderen auf übermäßiger Azidität beruhenden sind die Verhältnisse des Blutes, der Lymphe, der Nerven und endokrinen Drüsen bei der Behandlung in Betracht zu ziehen. E. Levin-Berlin.

Die Grenzen der intravenösen Behandlungsart (The Limitations of Intravenous Medication), von Carl Voegtlin-Washington. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 6, S. 421—424.) Sehr zeitgemäße Betrachtung über diese mehr als nötig gebrauchte Behandlungsart. F. Quasig-Hamburg.

Über die Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und Wirkung der Arzneikörper, von Ad. Oswald-Zürich. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 40.) Die chemischen Vorgänge im Körper erfolgen alle in kolloidalem Medium, so daß physiko-chemische Vorgänge vorliegen, die die rein chemischen Gesetzmäßigkeiten durchkreuzen können,

Digitized by Google

die jedoch für die Qualität der Wirkung niemals maßgebend sind. Vom rein chemischen Gesichtspunkt aus ist von jeder Substanz zu sagen, daß sie eine bestimmte Wirkung haben kann, aber nicht haben muß. Die pharmakodynamischen Eigenschaften sind auf wenige Grundtypen der organischen Substanzen zurückzuführen: den Methantypus, Benzoltypus, Ammoniaktypus (aliphathische, aromatische, stickstoffhaltige Verbindungen). Die aliphatischen Verbindungen sind Schlaf- und Beruhigungsmittel und allgemeine Anästhetika. Die aromatischen Verbindungen sind Krampfgifte, beeinflussen das Wärmeregulationszentrum (Herabsetzung der Temperatur des überhitzten Organismus), haben antineuralgische Wirkung, eignen sich als Protoplasmagifte zur Antisepsis und Desinfektion und sind daher auch als Hautreizmittel und zur Darmreizung zu verwenden. Die stickstoffhaltigen Verbindungen sind Krampf- und im weiteren Lähmungsgifte; sie werden nicht ihrer Grundwirkung wegen, sondern wegen ihrer von der Angliederung stickstofffreier Radikale herrührender Eigenschaften verwendet. Die bei allen Derivaten in gleicher Weise vorhandenen Grundeigenschaften lassen sich durch Anfügung geeigneter Atomgruppen verstärken oder abschwächen, die pharmakologischen Eigenschaften des resultierenden Körpers stellen gewissermaßen die algebraische Summe der einzelnen Komponenten dar. Die drei Gruppen können in ihrer Gesamtheit als pharmakophor oder toxophor bezeichnet werden (Methantypus = narkophore, Benzoltypus = antiseptophore, antithermophore, analgesiophore, Ammoniaktypus = spasmophore Gruppe). Von dem Einfluß einiger Substituenten sei erwähnt, daß beim Zusammentreten zweier aliphatischer Körper sich gleiche Wirkungen summieren, doch nimmt von der Achtkohlenstoffkette die Wirkung wieder ab. Hydroxylgruppen erhöhen die Wirksamkeit, bei Ersatz des Hydroxylwasserstoffs durch ein Alkyl bleibt in der aliphatischen Reihe die Wirksamkeit erhalten, in der aromatischen tritt eine Abschwächung ein. Eine Erhöhung der Wirkung besonders in der aliphatischen Reihe bedingen im allgemeinen Aldehyde, Ketone, Halogene, freie Säuregruppen setzen durchweg die Grundeigenschaften herab. An einer ganzen Reihe therapeutisch und toxisch wirksamer Substanzen wird gezeigt, daß die jedem Paarling, jedem Radikal innewohnende eigene Wirkung verdeckt oder gesteigert, niemals aber aufgehoben werden kann, wie auch durch keine Kombination eine qualitativ neue Wirkung zustande kommt. Die pharmakodynamischen Wirkungen sind danach beschränkt. E. Levin-Berlin.

Die Behandlung von Infektionskrankheiten, von Aman-München. (M. Kl., 1922, Nr. 9, S. 275—276.) Zur Erfüllung der Indicatio causalis bei den Infektionskrankheiten, die Bekämpfung und Unschädlichmachung der Infektionserreger, stehen uns nur für wenige Krankheiten spezifische Mittel (Serum, Vakzine) zu Gebote. In vielen Fällen ist man auf den indirekten Weg der Steigerung der Antitoxine, in hervorragendem Maße durch die parenterale Proteinwirkung angewiesen. Sehr befriedigende Erfolge in dieser Richtung hat A. mit dem von der Firma Deiglmayr in München hergestellten Albusol erzielt, das bei Hauterkrankungen endodermatisch, bei Muskelaffektionen intramuskulär und bei konstitutionellen Infektionskrankheiten am besten intravenös verabreicht wird. Die Dosis beträgt in der Regel 2—5 ccm und kann unter Kontrolle namentlich des Blutbildes (Verminderung der Leukozyten) in Intervallen von 2—4 Tagen mehrmals wiederholt werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. Rille in Leipzig wurde zum Ehrenmitglied der Dermato-Venerologischen Gesellschaft in Moskau gewählt.

Gestorben: Dr. Burton Seymour Harris, Urolog in Brooklyn, N. Y. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

12. Mai 1923 | Nr. 19 | Band 76

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien
(Vorstand: Hofrat Prof. Dr. Gustav Riehl).

Über durch Trichophyton violaceum hervorgerufene Pilzerkrankungen. (Ein Beitrag zur Pilzflora in Wien.)

Von

Prof. Dr. L. Arzt und Dr. H. Fuhs, Assistenten der Klinik.

In den Kriegs- und Nachkriegsjahren hat die Trichophytie in ganz Mitteleuropa eine bedeutende Ausbreitung erfahren. Auch Wien wurde von einer größeren Epidemie besonders in den Jahren 1918—19 heimgesucht. Vor allem tiefe Erkrankungsformen im Bereiche des Bartes (Sycosis parasitaria) bei Erwachsenen, in geringerer Zahl auch tiefe (Kerion) und oberflächliche Herde (Herpes tonsurans), namentlich im Bereiche der behaarten Köpfe von Kindern, gelangten dabei zur Beobachtung. Eine frühere Arbeit aus der Klinik (Arzt und Fuhs) hat darüber sowie über die Immunbehandlung mit spezifischen Extrakten seinerzeit eingehend berichtet. Darin wurde auch erwähnt, daß aus Haaren und Schuppen der verschieden gearteten Erscheinungsformen der Trichophytie damals vorwiegend nur zwei Stämme (Trichophyton gypseum und Trichophyton cerebriforme) gezüchtet werden konnten. Auch nach Abflauen der Epidemie wurden in der Folge zumeist nur die obengenannten Pilzformen bei dem Großteile der mit Trichophytia superficialis und profunda behafteten Kinder, die in unsere Behandlung traten, nachgewiesen.

Im Frühjahr 1922 konnte indes seit langem zum erstenmal wieder aus Herpes-tonsurans-Herden am Kapillitium eines Knaben aus einem in Wien befindlichen galizischen Flüchtlingslager ein Pilz gezüchtet werden, der nach Wachstum und Aussehen auf künstlichen Maltoseagarnährböden sich als Trichophyton violaceum erwies. Prof. Plaut, dem ein Kulturröhrchen zur Überprüfung eingesandt wurde und dem wir dafür bestens danken, hat unsere Diagnose bestätigt.

In Italien (Mibelli, Ducrey und Reale, Pelagatti, Truffi), Polen, Rußland, Rumänien (Nicolau) gehört dieser Pilzstamm zu den häufigsten Erregern der Kopftrichophytie, ja auch in Japan wird er nach Berichten Kusunokis nicht selten bei jener Hyphomykose angetroffen. Dagegen wird er in Frankreich (5 vom 100, Sabouraud), der Schweiz (Ganzoni) und Deutschland (Lewandowsky, Kaufmann-Wolf, Buschke-W. Fischer u. a.) relativ selten und vor allem bei aus den vorgenannten Ländern zugereisten Personen und den von ihnen infizierten vorgefunden.

In Wien gelangte, abgesehen von vereinzelten Fällen Steins und Schrameks weder in früheren noch auch in den letzten Jahren

Digitized by Google

der erwähnte Pilz häufiger zur Beobachtung. Erst in der Zeit von April bis November 1922 traten außer dem bereits zitierten Falle noch weitere 18 Kinder mit einer Trichophytie, verursacht durch den gleichen Erreger, in unsere Behandlung. Davon stammten 16 Kinder aus Heimen, während die restlichen 3 Fälle sporadische Erkrankungen betrafen. Bei 7 Judenkindern des schon genannten Flüchtlingsheimes wurde die Einschleppung von Polen sichergestellt. Bei den 9 kleinen Patienten des zweiten Kinderheimes konnte zwar die Infektionsquelle auf eine Patientin zurückgeführt werden, die, wie es schien, die Flechte in das Heim eingeschleppt hatte. Woher aber dieses Kind die Affektion akquirierte, war nicht zu erheben. Während es sich bei den 9 Patienten ebenso wie bei 2 anderen aus verschiedenen peripheren Bezirken der Stadt um einheimische, nichtjüdische Kinder handelte, betraf der letztbeobachtete Fall wieder einen neunjährigen Judenknaben, der aus Ungarn eingewandert war und laut Anamnese in Rumänien die Flechte erworben hatte. Sabouraud betont bereits eine gewisse Rassendisposition der Israeliten für Trichophyton violaceum und auch die Fälle Ganzonis, Fischers sowie Kaufmann-Wolfs betreffen vorwiegend Juden.

Die eigenen Erfahrungen sprechen weder für noch gegen diese Annahme. Zwar überwiegen im Gegenteil die einschlägigen Erkrankungsformen bei einheimischen Christenkindern (11), indes war weder bei den Kindern des einen Heimes, noch bei den zwei sporadischen Erkrankungsfällen mangels eindeutiger anamnestischer Angaben eine Übertragung von jüdischen Einwanderern mit Sicherheit auszuschließen.

Klinische Bilder der Erkrankung.

Auf eine auch nur kurze Wiedergabe der Krankengeschichten der Fälle wurde mit Hinblick auf die mehr oder weniger ausgesprochene Gleichförmigkeit abgesehen. Nur die wichtigsten Erscheinungsformen seien kurz hervorgehoben: bei sämtlichen Kindern bestand eine Trichophytie der behaarten Kopfhaut, nur zwei zeigten außerdem noch vereinzelte Körperherde an Stamm und Extremitäten; durchweg war die oberflächliche Form der Trichophytie vorherrschend, ein einziger Fall von tiefergreifenden Herpes-tonsurans-Scheiben am Kapillitium leitete über zum Kerion. Das Aussehen der Erscheinungsformen an der behaarten Kopfhaut variierte von einem wenig entzündlichen, nahezu reaktionslosen Herpes tonsurans erythemato-squamosus bis zu den lebhaften Inflammationszeichen eines Herpes tonsurans vesico-pustulosus et crustosus. Da sie im wesentlichen vom Aussehen von Herden, die durch andere Trichophytonstämme hervorgerufen werden, sich klinisch kaum unterscheiden lassen, erübrigt sich eine nähere Beschreibung.

Nur einer etwas auffälligeren klinischen Zwischenform zwischen den wenig und stärker entzündlichen oberflächlichen Formen sei kurz gedacht. Sie fand sich bei drei Kindern des Flüchtlingsheimes und charakterisierte sich durch den geradezu völligen Mangel einer entzündlichen Hyperämie der Haut im Bereiche der kleinen Herde. Neben und über den charakteristischen, kommaartig gekrümmten, pilzhaltigen Haarstümpfchen fanden sich mehrfach noch mehrere Millimeter hohe, gelbbraune, pilzbefallene Haarstümpfchen sowie intakt aussehende Haare, die an der Follikelmündung von einer dicken, bröckligen Schuppenkrustenmasse konisch umgeben waren. Desgleichen war die

Digitized by Google

Haut zwischen den Haaren mit ähnlichen zähen und harten, krümeligen, schmutzig-gelbgrauen Schuppenkrustenmassen versehen. Die Abhebung dieser Auflagerungen gelingt wegen der vielen sie durchsetzenden Haare nicht ganz leicht; unter ihnen liegt das rote, nässende, manchmal leicht elevierte Korium zutage. Lokalisation und Bild der Herde erinnert bei flüchtigem Zusehen zunächst fast an ein Ekzema impetiginosum, wie man es bei Pediculosis capitis so häufig antrifft. Zudem fanden sich bei jener Form der Trichophytieherde auch zuweilen geschwollene und druckempfindliche nuchale und retroaurikuläre Lymphdrüsen, die bei dieser einen nahezu regelmäßigen Befund darstellen. Erst der mikroskopische und kulturelle Pilznachweis ermöglicht eine sichere Diagnose. Während torpidere Erscheinungsformen wie die erstbeschriebenen Herde u. a. auch von Lewandowsky, Ganzoni, Nicolau und neben diesen stärker entzündliche mit pustulös follikulär-entzündlichem Charakter und teilweiser Narbenbildung mit stellenweisem Haarverlust bei der Abheilung von W. Fischer, Schramek erwähnt wurden, war in der verfügbaren Literatur über die letztbeschriebenen Erscheinungsformen bei unseren Fällen nichts zu finden. Infolge des zumeist nur mehrere Monate währenden Bestandes der Erkrankung wurde diffuses Befallensein des Capillitiums in Form ziemlich reichlicher, fettiger, kleienförmiger Schuppenauflagerungen bei fast völlig erhaltenem Haarkleid nicht konstatiert. Einen solchen Fall vom Aussehen einer Seborrhoea sicca mit seit 7 Jahren bestehender Flechte hat 1912 Schramek aus der Klinik Riehl beschrieben. Tiefe Erkrankungsherde durch Trichophyton violaceum hat Lewandowsky bei einem Fall von Sycosis parasitaria beobachtet.

In bezug auf Zahl, Größe und Anordnung der Herde wechselten die Erscheinungsformen der von uns beobachteten Fälle innerhalb der Grenzen der durch andere Stämme verursachten Trichophytien. Lediglich die 3 Fälle mit den besonders hervorgehobenen Herderscheinungen zeichneten sich durchweg durch zahlreiche linsen- bis münzengroße Scheiben aus, die unregelmäßig über die Kopfhaut verstreut waren. Die Reichlichkeit kleiner Effloreszenzen am behaarten Kopfe wurde indes als direktes Charakteristikum der Violaceum-Trichophytie von Nicolau hervorgehoben.

In den zwei Fällen, wo neben den Kopf- noch Körperherde vorkamen, äußerten sie sich teils als ungefähr münzengroße, hellrote, scharfbegrenzte Scheiben mit zarter, grauweißer Schuppung vom Typus eines Herpes tonsurans erythemato-squamosus. Sie waren regellos in geringer Zahl auf Gesicht, mittlere Brust- und Rückenpartien verteilt. Von einer ausgedehnten Aussaat von stecknadelkopf- bis linsengroßen, zentral schuppenden, peripher knötchentragenden Flecken von gelbroter Farbe am Stamm — Trichophytia disseminata corporis — berichtet Ganzoni. Er vergleicht die Herde mit jenen einer Pityriasis rosea und eines seborrhoischen Ekzems. Nicolau konnte ferner einen Herpes tonsurans des Bartes, hervorgerufen durch denselben Erreger, beobachten. W. Fischer und Lewandowsky fanden neben wenig entzündlichen Erscheinungsformen bisweilen auch Scheiben von Herpes tonsurans vesico-pustulosus an der Körperhaut.

Bemerkenswert ist schließlich noch, daß Trichophyton violaceum relativ häufig Ursache einer bei der Trichophytie ziemlich seltenen Nagelaffektion (Onychomcyosis trichophytina) sein kann. Wenn auch wir unter den kürzlich gesehenen Patienten der Klinik einschlägige Wahrnehmungen nicht machen konnten, so liegen doch von Sabouraud, Favera, Cranston Low, Schramek, Ganzoni eine Reihe von solchen vor. Aussehen und Verlauf sind fast stets die gleichen wie bei den durch andere Trichophytonstämme verursachten Nagelaffektionen. Im Beginne der Erkrankung zeigen sich ein oder mehrere weißgelbliche, undurchsichtige Pünktchen oder Flecke in der Nagelsubstanz. (de Beurmann und Gougerot, Hallopeau und Fourquet.) Im vorgerückteren Stadium sind die Veränderungen an den Nägeln für Trichophytie ziemlich uncharakteristisch. Die Nagelplatte ist gewulstet, rissig, von schmutzigweißen Flecken durchsetzt und im übrigen von gelblichweißer bis grauschwarzer Farbe, sie zeigt Verdickung, quer und

Digitized by Google

längs verlaufende Furchen und Sprünge, starke Krümmung in transversaler und sagittaler Richtung, bisweilen hyperkeratotische Hornmassen, ähnlich subungualen Keratosen (Ganzoni). Nach Kaposi und der Mehrheit der Autoren ist eine Unterscheidung dieser Nagelveränderung von anderen gleichartigen bei Ekzem, Psoriasis, Lichen ruber, Erythrodermie, Syphilis u. a. klinisch kaum mehr durchführbar. Mikroskop und Kultur allein ermöglichen in solchen Fällen die richtige Diagnose.

Erreger.

Das Haar zeigt nach Aufhellung mit 30% Kalilauge in seinem Innern ebenso wie bei Trichophytien durch andere Stämme der gleichen Gruppe zahlreiche gonidienabschnürende Myzelien. Diese laufen parallel zueinander oder überkreuzen sich. Die einzelnen Gonidien hatten — wie auch Schramek betont — große (Megalosporon) runde, ovale und auch viereckige Formen. Diese fanden sich speziell im Beginne der Invasion des Haares an gonidienabschnürenden Myzelfäden. Solche verliefen an der Follikelöffnung zwischen Haar und Wurzelscheide in die Tiefe und durchbrachen zumeist erst gegen das untere Drittel des Haarschaftes die Kutikula und drangen in die Rindensubstanz des Haares ein. Die Gonidien waren entsprechend der Myzelabschnürung vielfach perlschnurartig aneinandergereiht. Bei Haaren, welche bereits länger erkrankt und völlig von Pilzen durchsetzt waren, fanden sich außerhalb der Kutikula keine Pilzelemente mehr. Daran konnte die Zugehörigkeit des betreffenden Stammes zur „Endothrixgruppe" erkannt werden. Sie umfaßt den größten Teil der Erreger oberflächlicher Trichophytien. Das mikroskopische Bild in den Schuppen der Körperherde zeigte vielfach sich kreuzende, segmentierte Myzelfäden von fast durchweg geradlinigem Verlauf. Die Mehrheit war schlank, andere erwiesen sich in einzelnen Partien leicht verdickt und aufgetrieben. — Der mikroskopische Befund ist sonach für den Pilz wenig charakteristisch und daher auch bei Trichophyton violaceum die Differenzierung von anderen Endothrixformen nur durch die Kultur möglich. Auf einem 1%igen Peptonagar mit 4% Maltose-brute-Cogit-Zusatz zeigte der aus Haaren und Schuppen gezüchtete Pilz ein ungemein langsames Wachstum bei Zimmertemperatur. Schon auf Schrägagarröhrchen, noch deutlicher indes im Erlenmeyer-Kolben, entwickelte sich im Verlauf mehrerer Wochen ein scheibenförmiger Pilzrasen mit dunkelviolettem Zentrum, das von einer verschieden breiten, gelbbraunen, später nachdunkelnden Randpartie umgeben war. Je nach dem Feuchtigkeitsgehalt des Nährbodens war die Kultur bald feucht glänzend, bald trocken wachsartig. Vom flach erhabenen Zentrum zogen sich vielfach Wülste und Falten in mehr oder minder regelmäßiger Weise nach der Peripherie. Die Ränder des Myzels lösten sich in ein zartes Geflecht auf. Bei manchen Stämmen trat — worauf u. a. auch W. Fischer aufmerksam machte — das violette Pigment erst spät und bisweilen nach mehreren Übertragungen auf. Umgekehrt konnten wir auch wie Nicolau nach Überimpfung ein Weiterwachsen der Kultur ohne Pigment im Zentrum beobachten. Bei älteren Kulturen trat zuweilen randwärts ein grauweißer, pleomorpher Flaum auf, der schließlich die ganze Scheibe überwucherte. Bei Weiterimpfung dergestalt veränderter Pilzkolonien zeigte zumeist nur noch der uncharakteristische pleomorphe Saum peripheres Wachstum.

Digitized by Google

Wie sämtliche Stämme der Endothrixformen wurde der Pilz bisher nur beim Menschen gefunden (Sabouraud, Plaut). Er gehört daher dem sogenannten „humanen Typus" an. Stärker entzündliche Kopf- und Körperherde, ja sogar eine tiefe Form (Lewandowsky) — wie sie durch ihn zuweilen hervorgerufen wurden — eignen zwar hauptsächlich den Trichophytien durch Erreger „animalen Ursprungs". Nach den Erfahrungen mit dem klinisch geänderten Charakter der durch „humane" Mikrosporonstämme hervorgerufenen großen Berliner und Wiener Mikrosporieepidemien (Buschke-Fischer, Arzt und Fuhs) erscheinen intensiv entzündliche Herde beim Trichophyton wenig auffällig. Sie sind wohl hier wie dort durch eine herabgeminderte Widerstandsfähigkeit des Hautorgans bedingt. Die verschiedensten konstitutionellen und konditionellen Momente mögen dabei eine Rolle spielen.

Sabouraud konnte bei Tieren den Pilz bisher in keinem Falle nachweisen, Nicolaus Versuche, das Trichophyton violaceum auf Meerschweinchen und Kaninchen zu überimpfen, verliefen ergebnislos. Auch wir verrieben zu diesem Zweck teils sorgfältig verkleinerte, gut versporte Kulturbröckel, teils pilzhaltiges Haar und Schuppenmaterial auf der kurzgeschorenen Rückenhaut von weißen Ratten und Meerschweinchen. Abgesehen von einer flüchtigen traumatischen Reaktion blieb die Haut in der Folge unverändert.

Die Infektiosität des Pilzes für Erwachsene und Kinder ist in gleicher Weise wie die der übrigen Trichophytonstämme eine weit geringere als die der Mikrosporie. Trotzdem die kleinen Patienten tagsüber mit noch infektiösen Mikrosporiekindern, den Pflegeschwestern sowie sonstigen Patienten der Klinik viel in Kontakt kamen, konnte bei keinem eine Übertragung des Trichophyton violaceum festgestellt werden. Und doch sind Kinder, die mit einer nicht oder nur wenig entzündlichen Mikrosporie des Kapillitiums ohne allergische Reaktion des Organismus behaftet sind, für die weitere Infektion mit einem artverwandten Pilzstamme nicht unempfänglich. Dafür spricht außer den Angaben der Literatur hinreichend noch folgende eigene Beobachtung:

Auf ein Kind mit mehreren typischen Mikrosporieherden des Kapillitiums wurden fein zerkleinerte Kulturbröckel von Trichophyton violaceum an einer normalen Hautstelle der behaarten rechten Scheitelgegend mit Sandpapier verrieben. In der Folgezeit entwickelten sich im Impfbereiche mehrere münzengroße, teilweise konfluierte, polyzyklisch begrenzte Scheiben vom Aussehen eines oberflächlichen Herpes tonsurans vesico-pustulosus. In Schüppchen, Bläschendecken und Haarstümpfen der Läsionen konnte mikroskopisch der beschriebene Pilzbefund und kulturell das Trichophyton violaceum erhoben werden. Die erwähnten Mikrosporieherde bestanden daneben unverändert weiter. Die Immunreaktion mit artspezifischem Extrakt war, wie zu erwarten, vor und nach der Impfung negativ.

Immunzustand, Prognose und Therapie.

Die Trichophytinreaktion (0,1 ccm einer Verdünnung 1 : 50 vom Hoechster Extrakt intrakutan) ergab bis auf drei Fälle mit stärker entzündlichen Kopfherden — darunter auch den Übergangsfall zur tiefen Form — durchweg ein negatives Resultat. Die drei Patienten zeigten bei fehlenden Herd- und Allgemeinerscheinungen nur eine ungefähr zehnhellerstückgroße Rötung mit leichter zentraler Infiltration in der Umgebung der Impfstelle an der Innenseite des rechten Vorderarmes. Aus dem nahezu völligen Mangel der Allergie ist auch der torpide Verlauf der wenig entzündlichen Herde am Kapillitium, die viele Jahre (Sabouraud, Schramek) bestehen können, verständlich.

Digitized by Google

Dieser Umstand allein trübt wie bei der typischen Mikrosporie und manchen anderen durch humane Trichophytonstämme hervorgerufenen oberflächlichen Trichophytieformen der behaarten Kopfhaut die Prognose dieses sonst überaus gutartigen Leidens.

Eine konsequent durchgeführte Behandlung mit der von uns als erprobt anerkannten kombinierten Röntgenepilationsschälmethode der gesamten Kopfhaut brachte auch bei der durch Trichophyton violaceum verursachten Hyphomykose binnen wenigen Wochen stets den erwünschten Heilverlauf. Die Körperherde wurden durch milde Schälmittel leicht und rasch beseitigt.

Literatur.

Cranston Low, Onychomykosis, Unna Festschrift, 1910. — Favera Della, Ann. de Derm. et de syph., 1909, S. 433. — W. Fischer, Beih. d. derm. Zschr., Bd. 26, S. 34. (Außerord. Kriegstagung der Berl. u. D. Derm. Ges., 26.—27. III. 1918). — W. Fischer. Derm. W., 1914, Nr. 59, S. 1391. — Ganzoni, Schw. m. W., 1921, Nr. 51. S. 722. — Hallopeau und Fourquet, Ann. de Derm. et de syph., 1899, S. 168. — Kaufmann-Wolf, Arch. f. Derm., 1916, Bd. 121, S. 684. — Lewandowsky, Arch. f. Derm., 1916, Bd. 121, S. 53. — Nicolau, Ann. de Derm. et de syph., 1909, Bd. 10, S. 609. — Plaut, in Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten, Bd. 4, H. 2. Hölder, Wien 1909. — Sabouraud, La Pratique Dermatologique. Masson, Paris 1904. — Sabouraud, Les teignes. Masson, Paris 1910. — Schramek, Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 975.

Aus der Deutschen Dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. C. Kreibich.)

Ein Beitrag zur Klinik und Histologie des Lichen ruber planus pemphigoides.

Von

Dr. Adolf Pokorny, Assistent.

(Schluß.)

Caspary, Robinson und M. Joseph fanden die Blasen zwischen Stratum spinosum und Papillarkörper; als Blaseninhalt kolloiden Schleim, Detritus und Leukozyten, während Dräer in seinem zweiten Fall die Blasenbildung in höheren Lagen des Epithels festgestellt hat, und zwar im Bereich der abgeplatteten Epithelien. Der Grund der Blasen wird in seinem Fall durch mit Keratohyalin erfüllte Epithelien gebildet. Die Blasendecke nach obenhin besteht aus kernhaltigen Epithelien und ist ihrerseits von zahlreichen beginnenden Blasenbildungen durchsetzt, die oft miteinander konfluieren und von einem homogenen, kolloidähnlichen Inhalt mit spärlichen Leukozyten erfüllt sind. Außerdem fand sich noch ein kleinzelliges Infiltrat, Ödem der Epidermis und des Bindegewebes, Leukozyten im Rete Malpighi sowie erweiterte Lymphspalten und Blutgefäße.

Die von uns erhobenen histologischen Befunde folgen nun in aller Kürze. Der Querschnitt einer frischen exsudativen Lichen-ruber-planus-Effloreszenz (Blase) zeigt eine kolliquative Blase. Die Papillen sind

Digitized by Google

ödematös, keulenförmig verdickt und ihr Bindegewebe kaum nennenswert von spärlichen Leuko- und Lymphozyten durchsetzt. Plasmazellen fehlen vollkommen. Die Kapillaren der Papillen — sofern sie näher dem oberflächlichen Gefäßnetz zu getroffen sind — sind leicht erweitert, im Bereiche der Papillenspitzen meist thrombosiert. Auch vereinzelte Blutkoagula sind am Blasengrunde zu finden, ein Umstand, der den klinisch erhobenen Befund des hämorrhagischen Blaseninhaltes erklärt, sowie die Kolliquation überhaupt die hohe Viskosität der Blasenflüssigkeit verständlich macht. Zwischen dieser Lage und dem in toto abgehobenen Epithel findet sich sero-fibrinöser, kolliquativer Blaseninhalt mit reichlichem Fibrin. Die Zellelemente, die in der sich netzartig darbietenden Masse suspendiert sind, gehören zu einem geringen Teil den Lymphozyten an; auch Leukozyten finden sich nur in sehr geringer Anzahl. In der Mitte des Blasengrundes über dem am meisten ödematösen Papillenpolster liegen gequollene eosinophile Leukozyten, deren Struktur verwischt ist, sowie vom Epithel abgerissene, ballonierende Stachelzellen mit einem und mehreren Kernen, die Kernwandhyperchromatose und schwache Tingierbarkeit des Zentrums zeigen.

Wesentlich ist uns der Befund, daß wir in allen Schnitten meist oberhalb der Blasenbasis, aber auch in größerer Anzahl am unteren Rand des Epithels ballonierende ein- und mehrkernige Zellen fanden, die einen reichen Gehalt an Pigment aufwiesen. In welcher Beziehung diese auffälligen Pigmentzellen (die normale Haut des Patienten war bei seiner Aufnahme in die Klinik schneeweiß) zu der starken Hyperpigmentation steht, die man beim abheilenden Lichen ruber planus findet, ist uns nachzuweisen nicht gelungen. Doch scheint so viel aus diesem Befunde entnommen werden zu können, daß nämlich der Beginn dieser Überpigmentierung schon in einer ganz jungen Manifestation der Krankheit zu finden ist, daß die Ursache der Pigmentation gleichzeitig mit der Krankheitsursache in Wirkung tritt; daher muß das krankmachende Agens selbst der Grund zu dieser Hypertrophie der Pigmentfunktion sein und diese also nicht sekundär bedingt sein.

Ballonierende Degeneration der Stachelzellen findet man auch im Präparat rechts und links am Blasenrande; von Unna zur mechanischen Erklärung der Blasendelle, die sich in unserem Falle oft fand, herangezogen, da er die Wirkung von Zellsträngen oder Fibrinfäden als Retinakula aus seinen Präparaten nicht erklären konnte. Oberhalb der genannten Stellen finden sich auch Anzeichen retikulierender Degeneration. Das ödematöse Epithel, dessen unterste Zellagen schlechte Tingierbarkeit der Kerne zeigen, verrät seine Zugehörigkeit — man möchte sagen — als Vorläufer einer Lichen-ruber-planus-Effloreszenz durch seine auf das zwei- bis dreifache vermehrte Keratohyalinschicht. Sowohl das Stratum lucidum als auch die Hornschicht zeigen dünne, lange Kerne, also Parakeratose, ein Befund, der sonst nicht beim Lichen ruber planus erhoben wird. Auf Grund dieser Beschreibung kann man die Ähnlichkeit dieser kolliquativen Blase mit der Variolablase konstatieren, und zwar in dem Stadium, bevor ihre leukozytäre Infiltration, das Hauptcharakteristikum der Variolablase, einsetzt. Auch ist die Ähnlichkeit mit der Herpeszoster-Blase größer als mit der Blase des Herpes febrilis, welch letztere

Digitized by Google

sich durch das tiefreichende entzündliche Ödem und die starken entzündlichen Erscheinungen in der Kutis auszeichnet.

Die Histologie eines unter einer Blase entstandenen jungen Lichen-ruber-planus-Knötchens zeigt Akanthose und Ödem der kernreichen Papillen. Die Stachelzellenschicht ist um ein Doppeltes vermehrt und weist schon in tieferen Lagen vereinzelte Keratohyalinkörnchen auf, so daß diese Zellagen eigentlich schon zu der außerordentlich verdickten Keratohyalinschicht zu zählen wären. An manchen Stellen findet sich eine zwar verbreiterte, aber kernfreie Stelle des Stratum lucidum ausgebildet, wogegen sonst die Parakeratose das Bild beherrscht. Die Zellen des Stratum spinosum haben nicht sehr kräftige, aber doch ausgesprochene Kappen von „Granoplasma" an dem der Außenseite zugewendeten Pole aufgesetzt. Wir möchten dieses eigentümliche Phänomen, das auch Unna aus einem chemotaktischen Einfluß des Härtungsmittels erklärt, vielleicht als Fixationswirkung des Alkohols ansehen, da wir es bisher nur bei in Alkohol gehärteten Präparaten beobachtet zu haben glauben.

Noch einmal wollen wir auf die große Akuität des Prozesses hinweisen, die sich klinisch in der Bläschenbildung beim Lichen ruber planus überhaupt, histologisch im Bläschen durch die Parakeratose, Sukkulenz und die Blutungen, als auch durch die große Pigmentbildung in ballonierten oder noch am Blasengrunde befindlichen Zellen dokumentiert.

Die Veränderungen an den Gefäßen, die schon frühzeitig so starke Alteration aufweisen, lassen daran denken, daß das krankmachende Agens primär am Gefäß, d. h. am Gefäßnerven angreift.

Zusammenfassung.

1. Die Blasen unseres Falles von Lichen ruber planus pemphigoides waren kolliquativ.

2. Die Blasen zeigen durch die vermehrte Keratohyalinschicht ihre Zugehörigkeit — und zwar als Vorläufer — zum Lichen ruber planus an.

3. Die reichlich pigmentierten und zahlreichen ballonierten Zellen im Bläschen lassen erkennen, daß die Ursache der Eruption und der Pigmentation die gleiche bzw. eine gleichzeitig und vom Anfang an einwirkende sei, und daß die Pigmentation nicht sekundär — also z. B. durch die Abheilung — bewirkt werde, sondern nach der Abheilung eben als Eigenschaft des Pigmentes als letztes restierendes Symptom sichtbar bleibt.

4. Die Blasen traten oft auf einem erythematösen Fleck, in der Regel aber auf ganz normaler Haut auf.

5. Zur Einteilung Riecke, deren Punkte I und II den echten Lichen ruber planus pemphigoides nur umfassen, müssen wir als Punkt III hinzufügen, daß sich auch Blasen beim Lichen ruber planus pemphigoides in echte, histologisch nachgewiesene Lichen-ruber-planus-Knötchen umwandeln können, und zwar auf dem Wege über die Kruste.

Es wäre somit die Klassifikation in folgender Weise zu ergänzen:

I. Es bilden sich an Stelle von Planusknötchen Blasen.

II. Es bilden sich Planusknötchen in Blasen um.

Digitized by Google

III. Es bilden sich Blasen in echte Lichen-ruber-planus-Knötchen um.
IV. Es gesellt sich zum Lichen ruber planus konkomittierend eine
a) idiopathische Blasenaffektion,
b) symptomatische Blasenaffektion.

6. Knötchen entstanden in unserem Falle auf dreierlei Art:
I. Wie wir es sonst zu sehen gewohnt sind.
II. Auf erythematöser Basis, wobei die Stelle immer mehr Reliefvergröberung zeigte, bis sich die Lichen-ruber-planus-Knötchen voll entwickelten.
III. Unter der Blase bzw. Borke, die durch das in die Höhe drängende Infiltrat abgehoben wurde und darunter typische Lichen-ruber-planus-Effloreszenzen erkennen ließ.

7. Das Auftreten von Erythemen, vereinzelten Bläschen bis zur ausgedehnten Blaseneruption ist bloß das Zeichen der Intensität des Exsudationsprozesses, wofür auch zahlreiche Anzeichen im histologischen Präparat sprechen.

Aus der Medizinischen Universitätsklinik in Halle a. S. (Direktor: Prof. Volhard).

Untersuchungen über die Ausscheidung des Bismogenol (Tosse)[1]).

Von

Dr. Hermann Strauss, Assistent und Laboratoriumsvorstand.

Meine Untersuchungen über die Ausscheidung des Bismogenols durch den Urin galten zwei ganz verschiedenen Fragen. Die Urine waren mir von Herrn Dr. Neuendorf, Facharzt für Hautkrankheiten in Halle, zur Untersuchung geschickt worden. Die vorliegenden Fälle standen sämtlich unter der Behandlung mit Bismogenol (zur Behandlung der Syphilis).

Die erste Frage lautete: Ist während der Bismogenolbehandlung das Wismut im Urin nachweisbar? und ferner: Ist das Wismut auch nach Abschluß der Behandlung noch im Urin zu finden? Obgleich die Zahl der von mir untersuchten Fälle nur gering war, genügt dies Material doch schon, um beide Fragen mit Sicherheit zu bejahen. Obgleich bekanntlich ein erheblicher Prozentsatz des Metalls durch den Stuhl, ein kleiner Teil auch durch den Speichel ausgeschieden wird, ist die im Harn nachweisbare Menge, wie schon aus qualitativen Analysen hervorgeht, recht beträchtlich. Dieser Befund ist natürlich für die Beurteilung etwaiger Nebenwirkungen des Mittels für den Arzt von großer Wichtigkeit. Denn mit der Ausscheidung durch die Nieren wird natürlich die Aufmerksamkeit auf dieses Organ gelenkt, das dauernd überwacht werden muß, um nachteilige Nebenwirkungen sicher ausschließen zu können.

Für die Frage der Wirksamkeit des Mittels ist aber die zweite Beobachtung noch wichtiger, daß nämlich die Ausscheidung des Bismogenols die Behandlungszeit bedeutend überdauert. Als Beleg hierfür

[1]) Vgl. Verhandlungen des Vereins der Ärzte zu Halle am 10. I. 1923.

Digitized by Google

kann ein Fall gelten, bei dem noch 10 Tage nach Absetzen des Mittels deutlich Wismut im Harn nachzuweisen war. Natürlich waren diese Mengen wesentlich geringer als während der Behandlung. Die Bedeutung dieser Tatsache liegt darin, daß wir bei der Injektionsbehandlung mit Bismogenol mit einer Depotwirkung zu rechnen haben. Die therapeutische Wirksamkeit muß dementsprechend über die Zeit der Behandlung hinaus erhalten bleiben. Auch zur Kontrolle dieser Wirkungsweise ist die Untersuchung des Urins während und nach der Behandlung mit Bismogenol wichtig.

In dieser Hinsicht hängt nun die zweite Frage mit der ersten eng zusammen. Diese Frage lautet: Gibt es eine einfache Reagenzglasprobe, mit der auch der Praktiker sich leicht über die Gegenwart von Wismut im Urin überzeugen kann?

Handelte es sich einfach darum, im Harn gelöstes, anorganisches Wismut nachzuweisen, so könnte man die Frage bejahen. Es sind ja einige Proben für den Nachweis des Wismuts bekannt. Die Probe mit Jodkali dürfte wegen der hohen Jodpreise heute weniger in Frage kommen. Dagegen ist die Reaktion mit Zinnchlorür in alkalischer Lösung recht einfach. Man erhält bei Gegenwart von Wismut mit dieser Probe durch Reduktion einen schwarzen Niederschlag von metallischem Wismut. Immerhin enthält die Reaktion einige Fehlerquellen, die in der Hand des Ungeübten zu Irrtümern führen könnten. So stört z. B. ein Überschuß von Alkali.

Ich habe deshalb eine einfache Reaktion angewandt, die bei nicht zu geringen Spuren von Wismut sehr einfach den Nachweis des Metalls liefert und außerdem den Vorzug hat, den Ärzten nicht fremd zu sein. Ich möchte dieselbe die „umgekehrte Nylandersche Reaktion" nennen. Bekanntlich ist eine der gangbarsten Methoden zum Nachweis des Zuckers im Urin die Nylandersche Reaktion: Man gibt zum Harn $^1/_{10}$ Volumen einer Lösung von folgender Zusammensetzung: Seignettesalz 4,0, 10 % Natronlauge 100, Bismutum subnitricum 2,0. Diese auch nach Böttger benannte Probe beruht auf der Reduktion des Wismuts durch die Aldehydgruppe des Zuckers. Demgemäß verfährt man bei der umgekehrten Probe folgendermaßen: Zu 10 ccm Urin gibt man eine kleine Messerspitze Traubenzucker und kocht kurze Zeit. Schwarzfärbung zeigt die Gegenwart von Wismut an. Über den Grad der Empfindlichkeit der Probe sind noch genauere Untersuchungen erforderlich. An Einfachheit läßt sie nichts zu wünschen übrig.

Es war nun die Frage, inwieweit diese Reaktionen zum direkten Nachweis des Wismuts bei der Bismogenolbehandlung in Betracht kommen. Leider liegt die Sache aber nicht so einfach. Auch bei stark wismuthaltigen Harnen versagen diese Proben. Es ist um so überraschender, als alle Bismogenolharne durch eine eigentümliche Braunfärbung ausgezeichnet sind. Doch scheint es gewagt, allein auf diese Färbung hin die Gegenwart von Wismut als gesichert anzusehen.

Der Grund für dieses Verhalten liegt darin, daß das Wismut ebenso wie das Quecksilber nicht ionisiert, sondern irgendwie an organische Substanz gebunden ausgeschieden wird. Es ist deshalb ebenso wie beim Nachweis des Quecksilbers erforderlich, die organische Substanz zu zer-

Digitized by Google

stören. Die hierzu nötigen Manipulationen machen aber den Nachweis zu einer Laboratoriumsmethode, die für den Arzt undurchführbar ist, es sei denn, daß er über ein Laboratorium verfügt.

Als zweckmäßigstes Verfahren hat sich die alte Vorschrift von Fresenius und von Babo[1]) bewährt. Ich ging zur Isolierung des Wismuts folgendermaßen vor:

Möglichst 500 ccm Urin, wenn vorhanden noch besser 1000, wurden mit konz. Salzsäure (20—30 ccm) stark sauer gemacht und unter Erhitzen auf dem Wasserbad zunächst mit 1 g chlorsaurem Kali versetzt. Wenn das Salz gelöst und die Flüssigkeit heiß geworden ist, werden unter dauerndem Schütteln bzw. Rühren alle 5 Minuten 0,3—0,5 g chlorsaures Kali zugesetzt, bis die Flüssigkeit klar und farblos geworden ist. Es ist wichtig, die Flüssigkeit in Bewegung zu erhalten, da ungelöstes Salz beim Einspritzen gelegentlich explodieren kann. Ferner müssen diese und die folgenden Manipulationen unter dem Abzug gemacht werden, da die Chlorentwicklung sehr erheblich ist. Gerade diese Umstände machen die Methode für den Arzt ohne Laboratoriumseinrichtung ungeeignet. Nunmehr engt man die Flüssigkeit weiter auf dem Wasserbad ein, bis der Chlorgeruch verschwunden ist. Doch muß gegebenenfalls durch Wasserzusatz gesorgt werden, daß das Gemisch nicht eintrocknet. Dann neutralisiert man mit Ammoniak und macht dann mit verdünnter Salpetersäure ganz schwach sauer. Jetzt wird die Flüssigkeit wiederum auf dem Wasserbad erhitzt und unter fortgesetztem Erhitzen Schwefelwasserstoff eingeleitet (Abzug!). Man läßt einige Stunden stehen und prüft dann auf Vollständigkeit der Fällung. Riecht die Flüssigkeit nach einigen Stunden noch nach Schwefelwasserstoff, so ist die Fällung meist vollständig. Der schwarze Niederschlag enthält jetzt das Metall als Sulfid. Dieser wird abfiltriert, mit Schwefelammonium, dann mit Wasser gewaschen, alsdann mit etwa 5 ccm heißer Salpetersäure (1 Volumen konz. Säure + 2 Volumen Wasser) übergossen, wobei das Wismut in Lösung geht. Das Filtrat wird in einer Schale fast zur Trockne eingedampft, mit wenig heißem Wasser aufgenommen, filtriert und im Filtrat das Wismut mit NH_3 gefällt. Das abfiltrierte Hydroxyd wird mit Wasser gewaschen und in wenig verdünnter heißer Salzsäure gelöst. Mit dieser Lösung kann man nunmehr die oben beschriebenen Reaktionen zur Identifizierung anstellen.

Sergei Bogrow

Im Zenit seines Schaffens, zu früh nicht nur für Moskau, sondern man kann wohl sagen für Rußland, ist am 11. März 1923 der Dermatologe Sergei Lwowitsch Bogrow an einem Herzleiden gestorben. Die hohe Gestalt des Verstorbenen mit der gewölbten Stirn und dem leicht zur Seite geneigten Kopf hatte etwas Imponierendes und blieb einem jeden, der ihn einmal gesehen, in lebhafter Erinnerung. Der eine oder andere wird sich vielleicht seiner erinnern, da er bis zum Ausbruch des Weltkrieges auf seinen

[1]) Vgl. Abderhalden, Biochemische Arbeitsmethoden, Bd. 5, 2: Autenrieth, Chem. Giftnachweis, S. 673.

Digitized by Google

Reisen die Hautkliniken in Paris, Berlin, Bern, Breslau, Wien, Kopenhagen und Stockholm aufsuchte, um Belehrung zu suchen. Das Gesehene nahm er nicht nur auf, um andere damit zu beglücken, sondern um es weiter zu fördern und zu vervollkommnen, wie z. B. die Röntgentherapie bei Hautkrankheiten. Er war der geborene Dozent durch seinen klaren und fesselnden Vortrag. Kein Wunder, daß ihn die Studenten sehr schätzten und mit Bedauern muß es ausgesprochen werden, daß ihm die selbständige Führung einer Universitätsklinik versagt blieb und es ihm erst im Jahre 1922 vergönnt war, durch die Erwählung zum Direktor des neugegründeten Moskauer Venerologischen Instituts zur Ausbildung von Dermatologen seine administrativen Kräfte zu betätigen. Wenige Wochen vor dem Ableben von Sergei Lwowitsch feierte dieses Institut den ersten Jahrestag seines Bestehens. Obgleich schwer leidend nahm Bogrow an demselben teil und konnte aus der allgemeinen Anerkennung der Leistungen des Instituts sehen, daß sein Werk geglückt. Sein Lebensweg ist kurz skizziert. Geboren im Jahre 1878 zu Odessa, bezog er nach Beendigung des dortigen Gymnasiums im Jahre 1896 die Moskauer Universität zum Studium der Medizin. Schon als Student zeigte er Interesse für die Dermatologie, woher ihn, gleich nach Beendigung des Studiums, Prof. Pospelow zu seinem Ordinator an der Moskauer Hautklinik machte. Diesen Posten bekleidete er vom Jahre 1901—1910 mit einer zweijährigen Unterbrechung, in der Zeit von 1904—1906, wegen Einberufung als Militärarzt für den japanisch-russischen Krieg. Während desselben erkrankte er an Gelenkrheumatismus, welcher den Grund legte zu seinem frühen Ende. Vom Jahre 1910—1921 war er Assistent an derselben Klinik, zuerst unter der Direktion von Prof. Pospelow, später von Prof. Selenew und zuletzt von Prof. Iwanow. Schon früher, im Jahre 1909, hatte er sich, nach Verteidigung seiner wertvollen Inaugural-Dissertation über Acanthosis nigricans zum Dr. med. ernannt, als Privatdozent habilitiert und wurde im Jahre 1918 automatisch Professor.

Seiner hohen wissenschaftlichen Bedeutung beabsichtige ich an anderer Stelle zu gedenken. Aus Referaten und verschiedenen Originalarbeiten ist der Name Sergei Lwowitsch Bogrow den Lesern dieser Wochenschrift genügend bekannt. Nun ist sein Mund verstummt, und er hat die Feder niedergelegt. Um ihn trauern, gemeinsam mit seiner Schwester und seinem Bruder, mit denen er als Unverheirateter zusammen lebte, seine Kollegen, seine Schüler und die große Zahl seiner dankbaren Patienten. Er ruhe in Frieden.

A. Jordan-Moskau.

Versammlungen.

XIX. Versammlung der Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

Rom, vom 14.—16. Dezember 1922.

Vorsitz: Radaeli. Generalsekretär: Montesano.

Freund: a) **Rezidive von Piedra nostras nach 17 Jahren.** Es gelang aus den Schnurrbarthaaren, welche durch 7 Monate ohne jede Rücksicht liegen gelassen wurden, Reinkulturen zu erhalten. Demonstration der Kulturen und mikroskopischen Präparate.

b) Über **Afenil**; ferner über die **endovenöse Behandlung mit Natr. silicicum** (nach Luithlen) bei Pruritus senilis. Sehr gute Erfolge mit letzterem bei vier Fällen. Gute mit Afenil bei verschiedenen juckenden Dermatosen.

Favento: **Todesfall nach Neosalvarsan,** dadurch interessant, daß von zwei Pat., welche je die Hälfte von 0,6 erhalten hatten, der eine gar keine üblen Erscheinungen bot, während der andere nach mehreren Stunden unter den Symptomen einer nitritoiden Krise starb. Sektionsergebnis: In den Nieren Hyperämie, mäßige Epitheltrübung. In der Leber kleinzellige Infiltration. Mäßige Degeneration der Leberzellen. Im Gehirn normaler Befund. Bemerkenswert ist, daß Pat. einen Monat vorher von einem Icterus catarrh. genesen war. WR war +++. Technischer Fehler ausgeschlossen.

Segrè: Über zwei Fälle von **Urticaria pigmentosa.** Der eine betrifft ein 2jähr. Kind und ist charakterisiert durch makulo-papulöse, braunrote Effloreszenzen und durch xanthelasmaförmige Knoten. Histologisch fand sich Mastzellentumor. Der andere Fall betrifft ein 13 Monate altes Kind mit kleinmünzengroßen braunen Flecken. Histologisch fanden sich zerstreute, perivasal gelegene Mastzellen (Typus Rona-Jadassohn). Besonders interessant im zweiten Falle ist, daß die Farbe der im Bereiche der Urticaria-

Digitized by Google

pigmentosa-Herde gelegenen Herde viel lichter ist als die der Umgebung. Ref. glaubt, daß dieser Pigmentschwund hervorgerufen sei durch die Kompression, welche die Mastzelleninfiltrate auf die Haarfollikel ausüben.

Majocchi: a) Weitere Fälle von **Purpura annularis teleangiectodes.** Klinischer und anatomisch-pathologischer Beitrag mit Photographien und mikroskopischen Präparaten.

b) Seltene **Residuen nach geheiltem Pemphigus.**

Martinotti: a) Über einige verschiedene klinische Typen von **Pityriasis rosea.** Klinischer Beitrag mit Demonstration von Photographien.

b) Über die **immunitären Reaktionen der Trichophytien.**

c) **Seltener Befund in einer Warze** (Demonstration mikroskopischer Präparate).

d) Über einige **lichenoide Dermatosen** mit Photographien und mikroskopischen Präparaten.

Piccardi-Pollano: Über die **Schwankungen der WR während der Primärperiode der Syphilis** unter dem Einflusse der Arsenobenzoltherapie. Klinische Beobachtungen an 50 Primärfällen.

Tarchini: Über **syphilitische Osteoperiostitis.**

Borelli: a) Tod durch **Zungengumma.**

b) **Lichen planus verrucosus zoniformis.** Demonstration von mikroskopischen Präparaten.

Bagnoli: a) Über den **diagnostischen Wert der Drüsenpunktion bei Syphilis.**

b) Über **Eosinophilie bei Skabies.**

Mastrocola: Seltener Fall von **Epitheliom** bei einem 25jähr. Manne.

Murero, G.: a) Über **Granuloma annulare.**

b) Über **Naevus pigmentosus pilosus.**

Palvarini: Über **Icterus syphiliticus.** Klinische und pathogenetische Untersuchungen bei einigen in der Bologneser Klinik beobachteten Fällen.

Cabassi: Kasuistik über **fixe Exantheme** nach Neosalvarsan.

Ghigi: Über **Mercurioveronal.** Tierexperimente. Das Mittel hat die Tendenz, subkutan injiziert, Hg im Gehirn zu deponieren.

Tedeschi: Klinisch-anatomisch-pathologischer Beitrag zu einem Fall von **Herpes iris.**

Querrieri: Über einen Fall von **Xeroderma pigmentosum.**

Piccardi: a) Über eine kleine Epidemie von **Askariasis,** durch trockene Bohnen hervorgerufen. Experimentelle Erzeugung der Dermatose durch infiziertes Bohnenpulver.

b) Über **Abortivkuren mit reiner Arsenobenzoltherapie.** Sehr günstige Erfolge bei mehr als 100 Fällen, bei 10jähr. Beobachtung. Abortivkuren mit Hg und Hektin durchweg mißlungen.

Tommasi: a) **Naevus eruptivus microangiomatosus tardivus systematisatus (?).** Bei einer 22jähr. Frau mit geringer Tuberkuloseveranlagung treten seit dem 11. Lebensjahre kleinste, punktförmige, oberflächliche Angiome auf gesunder Haut, in gruppenförmiger Anordnung auf und fast ausschließlich die rechte Körperhälfte betreffend. Die histologische Untersuchung ergibt das Bild von Teleangiektasien, welche disseminierten Varixknötchen ähneln.

b) Über **elektrolytische Silbersalz-** sowie über **galvanokaustische Behandlung** der kindlichen Blennorrhoe unter Benutzung des Vaginoskopes.

Mibelli: a) Beitrag zur **Bewertung der MR.** Bericht über 1200 parallel mit der WR ausgeführte Untersuchungen nach M. Hinweis auf den Wert der MR als Kontrolle zweifelhaften Ausfalles der WR.

b) **Urticaria durch Kälte.** Studium zweier Fälle in anaphylaktischer Hinsicht.

c) Fall von **Porokeratosis Mibelli.**

Fontana: Über die **Färbung der Spirochaeta pallida mit Arsenobenzolen.** Von den Versuchen Schumachers, Lennhoffs und Krantz' über Färbung der Spirochäten mit Arsenobenzolen und reducierenden Indikatoren ausgehend, ist es Fontana gelungen, durch Anwendung mäßiger Wärme die Methode obiger Autoren so zu vervollkommnen, daß er sie, besonders wegen der Schnelligkeit, der von Fontana-Tribondeau vorzieht. Die Technik wird genauer angeführt. (Auf das mit dem luftgetrockneten Reizserum beschickte Deckgläschen wird eine 0,75%ige Neosalvarsanlösung getropft, bei schwacher Flamme durch 30 Minuten bis zur Dampfentwicklung erwärmt, abgespült, mit einer 1%igen Ag.-nitr.-ammon.-Lösung (Fontana) wie oben behandelt, abgespült, getrocknet. Eventuell in neutralem Balsam konserviert. Die Spirochäten erscheinen braun, bisweilen auch Geißeln und sonstige Details sichtbar.)

De Bella: Einige **Modifikationen am Urethroskop von Valentine-Luys.**

Digitized by Google

Patta: Über die **biologische Kontrolle der Arsenobenzole.** Hinweis auf die Notwendigkeit, alle in der Praxis angewendeten Arsenobenzole biologisch zu prüfen. Vortr. gibt die von ihm hierzu am geeignetsten gehaltenen Methoden an.

Diskussion: Castelli.

Pasini: **Atrophodermia idiopathica progressiva.** Bei 21jähr. mit Tuberkulose belasteter Frau seit 4 Jahren Auftreten einer großfleckigen Hautatrophie mit starker Verdünnung der Haut, bläulicher Farbe. Die atrophische Haut besitzt aber normale Weichheit und Elastizität. Kuti- und Intraderm.-Reaktion + mit Fieberreaktion, während welcher im atrophischen Herde und Umgebung Entzündungsherde auftreten. Histologisch findet sich Verdünnung des Rete bei Erhaltung des elastischen Gewebes. Sonst hier und da kleinste Entzündungsherde. WR, SGR negativ. Trotz des scheinbar primären Auftretens der Atrophie hält P. den Prozeß für tuberkulöser, und zwar tuberkuloider Natur.

Segrè, G.: Über zwei Fälle von **Urticaria pigmentosa.**

Ambrosoli: **Allgemeine Hautreaktionen bei Favus. Favide?** Anläßlich eines Falles von allgemeiner Hauteruption bei einem Favösen kommt Vortr. zum Schlusse, Favus sei keine lokale, sondern eine allgemeine Infektion mit allergischen Phänomen, Fieber, Drüsenschwellung und Exanthemen, welche genau den Trichophytiden entsprechen („Favide"). Ihre Genesis ist hämatogener Natur.

Scomazzoni: Beitrag zur Kenntnis der **Proctitis ulcerosa gonococcica.** Auf Grund des klinischen und histologischen Studiums dreier Fälle schließt Vortr.: 1. Rektalblennorrhoe ruft oft tiefe Ulzerationsprozesse und pararektale Abszesse hervor. 2. Der Gonokokkus findet sich in den oberflächlichen und submukösen Schichten. 3. Die Geschwürsprozesse können ebenso vom Gonokokkus allein als auch durch Mischinfektion hervorgerufen werden. 4. Als prädisponierende Faktoren können Syphilis, Tuberkulose usw., als auslösende Verstopfung, Zirkulationsstörungen und lokale Traumen dienen.

Crosti: Über die **Ätiologie des Esthiomène.** Auf Basis vorausgegangener reicher Geschwüre Auftreten einer Granulationsgeschwulst. Histologisch erwies sie sich reich an Infiltraten von Plasmazellen, und in der Tiefe des Gewebes fanden sich Kochsche Bazillen und typische Tuberkel. Tierimpfung negativ. Vortr. hält den Prozeß in ätiologischer Hinsicht für tuberkulöser Natur, in klinischer für einen beginnenden Esthiomène.

Cattaneo: Über die **Behandlung der Trichophytie** mit endovenösen Injektionen von Jodjodkalilösung. Gute Erfolge bei zwei Fällen, zweifelhafte bei einem Fall. Nachteil: Endophlebitis obliterans der zur Injektion benutzten Venen.

Rebaudi: Über den **Heilwert einiger chemisch-therapeutisch aktivierter Arsenobenzole.** Neosilbersalvarsan, „Neoargirolo" (ital. Präparat) und „Neobiolo" (Neosalvarsan-Bismutverbindung) werden bezüglich ihrer Wirksamkeit und Verträglichkeit einer vergleichenden Untersuchung unterworfen. Bezüglich Neosilbersalvarsan scheint es dem Vortr. dem Silbersalvarsan wegen geringer Oxydabilität und sonstigen Qualitäten überlegen. Neoargirolo (entspricht dem Neosilbersalvarsan) scheint allen Neobenzolen in jeder Hinsicht überlegen. Gute Erfolge damit auch bei Lupus erythem. Weniger gute verspricht Neobiolo.

Franceschini: Über ein **praktisches Instrument zur Blutentnahme.**

Radaeli: Über einen Fall von **Hydroa vacciniforme bullosa.** 30jähr. Malariker. Die Eruption tritt besonders im Sonnenlicht auf. Erstes Auftreten im vorjährigen Sommer und erhielt sich bis zum Herbst, um im Frühjahr wieder aufzutreten. Lokalisation: Gesicht und Handrücken. Einzelne der Effloreszenzen zeigen auf ihrem Grunde nekrotische Schorfe, nach deren Heilung gedellte Narben residuieren. Leber, Milz vergrößert. Im Harne, dessen Menge stets gering ist, findet sich Uroerythrin, Urobilin. Hämatoporphyrin fehlt, auch im Blutserum. Kulturversuche negativ. Mikroskopisch zeigt sich, daß die Kavität der Blasen das Produkt eines Degenerations- und Nekrotisierungsprozesses der Elemente des Str. Malp. ist. In den oberen Dermaschichten diffuse, entzündliche Infiltration, welche im untersten Derma und im Unterhautzellgewebe dichte Inseln und Stränge bildet.

Cappelli: a) **Klinische und histologische Beobachtungen bei einem Falle von Sarc. idiop. Kaposi.** 52jähr. Mann, seit 3 Jahren Knoten auf beiden Händen. Trotz Ablatio beider Hände Rezidive nach 1 Jahre mit Exitus. Die klinischen (serologischen, bakteriologischen, Kutireaktionen quoad Tuberkulose) Untersuchungen alle negativ. Leichte Leukozytose. Hervorzuheben in klinischer Hinsicht ist: Erfolglosigkeit der chirurgischen Therapie, symmetrische Anordnung an den distalen Körperpartien (Nase, Ohrmuscheln, Genitale, Hände, Vorderarme, Füße, Beine). Der anatomische und

Digitized by Google

histologische Befund wird eingehend beschrieben und in letzterer Hinsicht besonders betont: 1. Der vorwiegend angiomatöse Charakter. 2. Das Fehlen jeglichen entzündlichen oder granulomatösen Charakters. 3. Fast vollständiges Fehlen oder geringe Größe der Lymphozyten- oder Spindelzellenherde. 4. Beginn der Neubildung von den Gefäßendothelien aus.

b) **Serologische Untersuchungen bei Lepra in Cagliari** (Sardinien). Serologische Untersuchungen bei 22 Fällen von Lepra tub., bei 10 von Lepra anaesth. und bei 6 von Lepra mixta. Die Details, für ein kurzes Referat ungeeignet, müssen im Text, der im Druck ist (Giorn. ital. delle mal. vener.), nachgelesen werden. Nur soviel sei hier gesagt, daß Vortr. folgende Resultate erzielte: Bei Lepra tub. in 60% positive, in 20% negative und in 20% partielle WR. Bei Lepra mixta in 50% positive WR. Bei Lepra anaesth. in 60% negative WR mit allen Antigenen. Nur in 3 Fällen zeigte sich evidente Flokulation (MR, SGR).

Verrotti: Klinisch-therapeutischer **Beitrag zur Pathogenese der Psoriasis.** Bei 6 Fällen von Psoriasis ließen sich auf direktem Wege Beziehungen zur endokrinen ovariellen Dysfunktion, bei einigen Fällen auf indirektem Wege solche zur syphilitischen feststellen.

Cesari: Über einen Fall von **Pemphigus.**

Bernucci, F.: a) Histologische Untersuchungen über **Hautnervenläsionen bei den verschiedenen Formen von Lepra.** (Vorläufige Mitteilung.)

b) Klinisch-mykologische Untersuchungen über die **Trichophytiearten in der Provinz Cagliari** (Sardinien).

Buquicchio: a) Fall von **Hydroa vacciniformis.**

b) Über einige Fälle von **Gummen** an den Stellen vorausgegangener Injektionen von unlöslichen Quecksilbersalzen.

Bertaccini: **Beobachtungen über einige Fälle von Hautendotheliomen.** Bericht über 4 Fälle von Sarc. id. Kaposi, in welchen Vortr. aber den Charakter von wahren Endotheliomen vorfand.

Truffi: **Favus von Achorion gypseum.** Bericht über einen klinischen Fall und mykologische Betrachtungen.

Lombardo: a) Neue **Beobachtung von Endomycosis cutanea.**

b) Über den **Nachweis von Spirochäten in spitzen Kondylomen.**

Murero: **Lichen ruber planus annularis.** Sehr seltener Sitz der Affektion.

Gaviati: **Beitrag zur Ätiologie und pathologischen Anatomie der experimentellen Herpes-febrilis-Infektion.** Bericht über eigene pathologisch-anatomische Arbeiten betreffend experimentelle Herpesinfektion, insbesondere hinsichtlich der Veränderungen in den Zellen der Kornea. Er hält diese für die spezifische Zellreaktion eines Virus, welches vorwiegend auf den Kern einwirkt. Er hat nie irgend eine besondere Struktur in den azidophilen Körnchen, welche ein konstanter Befund in den kornealen Herpesläsionen der Kaninchen sind, zur Ansicht bringen können.

Diskussion. Fontana: Die Infektiosität des Herpes genitalis ist nicht geringer als die des Herpes febrilis. Er berichtet bei dieser Gelegenheit über seine Versuche der Behandlung von Enzephalitis der Kaninchen mit endovenösen Injektionen von Antimon. Ein partieller Erfolg, aber nach 3 Monaten tödliche Rezidive.

Mariani: a) Beobachtungen über **Keratitis** und **Encephalitis herpetica und vaccinica.**

b) Tod durch **Eingeweide-, Knochen- und Hautläsionen,** hervorgerufen durch eine neue Varietät von Trichosporon.

Artom: Fall von Heilung von Vitiligo bei ovarieller Hypofunktion durch Ovarium in 2 Monaten.

Filadoro: Über einige Fälle von **Labyrinthitis in der Sekundärperiode der Syphilis.**

Schließlich sei noch hervorgehoben, daß im Verlaufe des Kongresses von Prof. Ducrey mehrere interessante dermatologische Fälle der Klinik vorgestellt wurden und Anlaß zu anregender Diskussion gaben. Von besonderem Interesse war ferner eine eingehende Debatte über die neue Bismuttherapie. An den diesbezüglichen Vorträgen und Diskussionen nahmen Anteil: Majocchi, Martinotti, Tommasi, Cacioppo, De Bella, Pasini, Massa und Devine. Sämtliche Vortr. gelangten mit wenigen Ausnahmen zu denselben Schlußfolgerungen, welche dann vom Vorsitzenden etwa folgendermaßen zusammengefaßt wurden: 1. Das Mittel ist zweifellos spirillotrop und zeigt eine deutliche Wirksamkeit auf die Symptome aller drei Stadien der Syphilis. 2. Es hat nur einen geringen

Digitized by Google

Einfluß auf die WR. 3. Es ist den Salvarsanpräparaten bedeutend unterlegen, kann sich aber mit Hg an Wirksamkeit messen. (Nach Majocchi nicht mit Kalomel.) 4. Es ist insbesondere bei den Hg- und salvarsanresistenten Fällen indiziert. 5. Weitere Beobachtungen und Versuche, eventuell mit neuen Fabrikaten, sind nötig, um ein definitives Urteil abzugeben.

Schließlich wurden vom Kongresse mehrere Anträge prophylaktischer Natur betreffs Syphilis und Lepra gestellt. E. Freund-Triest.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Mitteilungen der deutschen Gesellschaft für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1922, Bd. 20, Nr. 1—3.

Alfred Blaschko, von Pinkus-Berlin. Nachruf.

Offener Brief zur Anzeigepflicht der Geschlechtskranheiten an den Geschäftsführer der DGBG Herrn Dr. med. Roeschmann, von Max Flesch-Frankfurt a. M. (Schluß.) Die Unterstellung der Geschlechtskrankheiten unter die meldepflichtigen Krankheiten soll nur ein Hilfsmittel sein, das die praktische Ausnützung der verfügbaren Kampfmittel ermöglicht, nämlich des Gesetzes über die Strafbarkeit der Gefährdung anderer durch Ausübung des Beischlafs seitens Geschlechtskranker, ferner der Habhaftwerdung gemeinfährlicher Kranker und Bazillenträger beiderlei Geschlechts und der Beratungsstellen. Die Meldung hat nur die Überwachung durch das Gesundheitsamt zur Folge und hat mit der Polizeibehörde nur zu tun, wenn der Kranke sich der zur Sicherung der Allgemeinheit nötigen ärztlichen Behandlung widersetzt. Die Meldepflicht der Geschlechtskrankheiten unterscheidet sich von der der akuten Seuchen durch die doppelte Verantwortung der straf- sowie zivilrechtlichen Folgen bei Unterlassung. Daher ist eine Honorierung der zur Meldung verpflichteten Ärzte notwendig.

Erwiderung auf den offenen Brief des Herrn Prof. Flesch-Frankfurt, von Roeschmann-Berlin. Die Geschlechtskrankheiten sind anders als alle ansteckenden Krankheiten zu behandeln wegen ihres chronischen Verlaufs und ihrer gewöhnlichen Übertragbarkeit durch den Geschlechtsverkehr, den keine Meldepflicht verhüten kann. Wir sind darauf angewiesen, daß der Pat. sich selbst dem Arzt anvertraut und diese Freiwilligkeit zur Behandlung erübrigt daher eine Meldung beim Gesundheitsamt. Verf. bezweifelt für viele Fälle die Erlangung richtiger Angaben über die eigenen Personalien sowie Infektionsquellen der Erkrankten. Das Bewußtsein, vom Arzt der Gesundheitsbehörde als geschlechtskrank gemeldet zu werden, wird die Erkrankten von der freiwilligen Aufsuchung des Arztes abhalten und sie Kurpfuschern usw. in die Arme treiben. Die geringen Erfolge der Beratungsstellen würden durch die Meldepflicht in Frage gestellt werden. Wir sollen uns zunächst damit begnügen, die große Masse der Versicherten, die zahlenmäßig die oberen Zehntausend trotz deren höherer Erkrankungsziffer bei weitem überragen, durch Meldung an die Krankenkassen und Beratungsstellen zwecks gründlicher Heilung in dauernde Beobachtung zu bekommen. Es sollte zu denken geben, daß nicht nur der Kreis der Erkrankten, sondern auch die Ärzteschaft sich fest geschlossen gegen die gesetzlich eingeführte Anzeigepflicht wendet.

Zur Meldepflicht des Arztes bei Geschlechtskrankheiten, von Julie Bender-Frankfurt a. M. Psychologische Erwägungen bedingen 1. Umgehung der Worte „Melden" und „Amt", wobei eine „Mitteilung" an den Vorsitzenden eines „Bundes deutscher Ärzte zur Ausrottung der Geschlechtskrankheiten" auf weniger Widerstand stoßen würde, 2. daß nur fahrlässige Pat. gemeldet werden, während die Behandlung gewissenhafter Pat. eine rein ärztliche Angelegenheit bleibt. E. Dethleffsen-Heidelberg.

Digitized by Google

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Bd. 20, Nr. 8—12, 1922.

Alfred Blaschko, von G. Lowenstein. Einer kurzen Würdigung von Blaschkos Arbeit auf dem Gebiet der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten folgt ein Verzeichnis all seiner diesbezüglichen Publikationen von 1890 bis 1922.

Kritische Betrachtungen und Beiträge zur Statistik der Geschlechtskrankheiten (1910—1921), von G. Lowenstein. Die statistischen Untersuchungen des Verf. selber zeigen an sehr sorgfältig durchgearbeitetem Material, daß während des Krieges die Geschlechtskrankheiten bis 1917 abgenommen haben, danach ein langsamer und nach der Revolution rascher Anstieg erfolgte, dessen Gipfel wir heute bereits überschritten haben. Bei der Beurteilung der weiblichen Prozentzahlen seit dem Kriege ist Vorsicht geboten. Sicher ist eine erhöhte Anteilnahme der Frau an Lues. Das für die Infektionsgefährdung bevorzugte Lebensalter ist vom 18.—20. auf das 20.—30. Lebensjahr verschoben. Im übrigen ist jedes Zählungsergebnis nur lokal zutreffend, und eine Verallgemeinerung muß vorläufig abgelehnt werden.

Untersuchung über die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch Geschlechtskranke, von Wolf Gärtner-Kiel. Die Hauptaufgabe der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist einmal die Erfassung der Infektionsquellen — zumeist verschleppte Fälle in latentem Stadium — dann aber vor allem die Heilung der frischen Fälle. Diese erfolgt am besten durch Krankenhaus- oder fachärztliche Behandlung. Die in der Allgemeinpraxis behandelten Geschlechtskranken bleiben meistens lange in Behandlung, um viel später oft als verschleppte Fälle beim Facharzt zu erscheinen. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten ist wesentlich bedingt durch den Wirtschaftscharakter der Städte, besonders durch die Fluktuation der Bevölkerung. Dieses Moment als Nachfrage zusammen mit der lokalen Verteilung der Dermatologen als Angebot müßte maßgebend sein für neue Niederlassungen. Den Krankenkassen und Beratungsstellen besonders obliegt es, dem Publikum den Weg zur fachärztlichen Hilfe zu weisen, die heute noch viel zu wenig beansprucht wird. Die Untersuchungen des Verf. aus 4 verschiedenartigen Städten (Kiel, Essen, Dortmund, Magdeburg) führen zu interessanten Ergebnissen; u. a. stehen bei Lues mehr Männer, bei Gonorrhoe mehr Frauen in fachärztlicher Behandlung. Auffallend ist, daß die weibliche Gonorrhoe verhältnismäßig selten zur Behandlung kommt, besonders bei ledigen Frauen, so daß man hier eine Hauptinfektionsquelle zu suchen hat. Die Nichtfachärzte werden besonders von jüngeren Kranken aufgesucht, wie auch das Ulcus molle meist in der Allgemeinpraxis bleibt und so im Verwechslungsfall mit dem Primäraffekt eine große Gefahr für die Syphilisbekämpfung bedeutet.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Norwegen mit besonderer Berücksichtigung Christianias, von Hans Haustein. Nach einem Überblick über die Entwicklung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Norwegen seit 1842 zeigt Verf. die Christianiaer Verhältnisse, wie sie aus den von den Ärzten pflichtmäßig gemeldeten Fällen erhellt werden. Die Geschlechtskrankheiten fallen unter das Seuchengesetz, und die strafrechtliche Verfolgung venerischer Infektionsgefährdung ist dort schon jahrelang in Gebrauch. An Hand einiger Kurven über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten seit 1876 erkennt man ihre Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Lage — die auch den Prostitutionsmarkt bestimmt —, von der Höhe der Alkoholvergehen und Größe des Alkoholverbrauchs. Heute ist in Norwegen die Bekämpfung der venerischen Krankheiten wieder ein Problem geworden, das eine Kommission beschäftigt, wie man mit staatlichen und legislativen Maßnahmen den Kampf durchführen kann, evtl. durch Verallgemeinerung der Christianiaer Vorschriften mit namentlicher Anzeigepflicht und Behandlungsmöglichkeit auf Staatskosten. E. Dethleffsen-Heidelberg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Tiefenwirkung bei thermischen Behandlungsmethoden, von Bernhard Zondek-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 35, S. 1744.) Verf. hat mit einem selbst hergestellten Quecksilbertiefenthermometer Messungen angestellt, um die Einwirkung der verschiedenen Kälte- und Wärmereize auf die Haut und das darunterliegende Gewebe und die Organe

Digitized by Google

— speziell die weiblichen Genitalorgane — festzustellen. Aus den wichtigen und interessanten Mitteilungen sei hervorgehoben: Die Wärmedosis ist von der Gewebsart abhängig und proportional der zu durchdringenden Fettschicht. Von Kältewirkungen ist schon der Eisbeutel imstande, Temperaturherabsetzung am Peritoneum hervorzurufen. Chloräthylvereisung veranlaßt nach vorübergehender Temperaturherabsetzung eine reaktive Hyperämie, die im Subkutangewebe noch nach $2^1/_2$ St. eine Temperaturerhöhung von $1^1/_2°$ bedingt. Im Tierversuch ergab Chloräthylvereisung der Haut über der motorischen Gehirnregion im Umkreis von $1^1/_2$ cm eine Temperaturherabsetzung im Okzipitallappen bei einer Entfernung von 4 cm binnen einer Minute um 1,8°. Prießnitzumschläge veranlassen nach schnell vorübergehender Herabsetzung der Subkutantemperatur eine erhebliche, intraperitoneale Erkrankungsprozesse deutlich treffende Temperatursteigerung, die durch Abdichtung des Verbandes noch erhöht wird. Noch intensiver auf die Haut, Subkutis und intraperitoneale Organe wirkt Hitze in den verschiedenen Anwendungsformen, besonders strahlende Wärme. Hier ist besonders der elektrische Heizkasten für therapeutische Zwecke gut geeignet, da sich eine deutliche, die intraperitonealen Adnexorgane beeinflussende Tiefenwirkung feststellen ließ. Alkoholverbände und besonders Jodtinktur entwickeln eine auch in die Tiefe gehende Wärme, die diejenige der Prießnitzumschläge noch übersteigt. E. Langer-Berlin.

Über nicht zündende Subkutaninjektion entzündlich wirkender Heilmittel, von H. H. Meyer und P. Freund-Wien. (D. m. W., 1922, Nr. 37, S. 1243—1244.) Nach Zusatz von Anästhetika (Novokain, Stovain, Alypin) lassen sich Digalen, Digipural, Scillaren, Cymarin und Strophantin reizlos subkutan injizieren. Patienten mit multipler Sklerose, Neuritiden, Hemiplegie auf der gelähmten Seite reagieren trotz des Anästhetikums oft mit Entzündung (Ausfall des hemmenden Einflusses nervöser Zentren).

F. Harry-Berlin.

Das Wesen der adstringierenden Wirkung, von Franz Müller-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 33, S. 1097—1098.) Adstringierende Wirkung entfalten alle Stoffe, die Eiweißsol in einer fast oder vollkommen unlöslichen Form ausfällen. Das tun Gerbsäuren, Schwermetallsalze, Kalksalze und zahlreiche Säuren. Schwermetallsalze besitzen oft freie Wasserstoffionen und bewirken je nach Konzentration zu starke Hyperämie oder Nekrose. Bei Säuren kommt es auf die Wasserstoffionenkonzentration und Diffusionsgröße an. Eine nur adstringierende Oberflächenwirkung besitzen die Gerbsäuren und die Wismutverbindungen, ferner als Ersatz für letztere bei oraler Anwendung Bolus alba, Bolusal und Neutralon. Antiseptische Wirkung besitzen die Adstringentien, wenn sie nicht durch Wasserstoffionen bedingt sind, nicht. Die durch Eiweißfällung geschaffene künstliche Decke bietet jedoch den Bakterien keinen geeigneten Nährboden.

F. Harry-Berlin.

Über die therapeutische Wirkung des Chlorophylls, von E. Bürgi-Bern. (D. m. W., 1922, Nr. 35, S. 1159—1161.) Das in den grünen Gemüsen größtenteils von Zellulosewänden eingeschlossene Chlorophyll wird bei der Verdauung nicht frei und kann daher vom Körper nicht oder kaum verwendet werden. Nur extrahiertes Chlorophyll kann therapeutisch wirksam sein. Das Chlorophyll fördert die Blutbildung dadurch, daß es den Grundumsatz steigert, ferner wirkt es erregend auf die Herzaktion und die Peristaltik. F. Harry-Berlin.

Über intravenöse Öltherapie, von Lenzmann, Diakonenkrkh. Duisburg. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 8, S. 281—285.) Bezugnehmend auf frühere Arbeiten teilt Verf. jetzt mit, daß es ihm gelungen ist, das in die Blutbahn zu injizierende Öl so fein zu emulgieren, daß die Gefahren einer Embolie nunmehr vermieden sind. Zur Emulgierung benutzt er Kaseosan (Heyden), und zwar wird das Ölpräparat von dieser Fabrik bereits gebrauchsfertig in Ampullen geliefert, Ol. Terebinth. in drei verschiedenen Stärken enthaltend (25—50%ig). Auch die Mischung von Kampferöl (30%ig) und Kaseosan hat sich für die intravenöse Behandlung bewährt und wird hergestellt. Für die Injektion rät Verf. folgendes: Der halbe Inhalt einer Ampulle (0,5 ccm) wird in eine 2—3 ccm-Glasspritze gefüllt, die Venenpunktion ausgeführt, etwa 2 ccm Blut angesaugt, Spritze von der Nadel, die in der Vene bleibt, abgenommen, der Spritzeninhalt kräftig geschüttelt, dann erst wird die Einspritzung langsam ausgeführt. Bei 2000 in dieser Weise ausgeführten Injektionen wurden keine Zwischenfälle beobachtet außer einzelnen nach einigen Stunden vorübergehenden Albuminurien. Anwendung findet diese intravenöse Öltherapie in allen den Fällen, wo man sich sonst des Medikaments (Ol. Terebinth., Ol. camphor.) intramuskulär oder subkutan bedient hätte. Der Vorzug dieser Methode soll darin beruhen, daß das Medikament auf direktem Blutwege an die erkrankten Partien

Digitized by Google

herangebracht wird. Nachweislich bleibt nur ein geringer Teil des Mittels in den Randpartien der Lunge liegen, wie Sektionen ergeben haben. Der größte Teil passiert glatt die Lungenkapillaren, denn unmittelbar nach der Einspritzung kann man im Dunkelfeld in einem Blutstropfen Fettstäubchen nachweisen und in einigen Fällen findet man nach einigen Stunden im Urin Fetttröpfchen. — Die Mischung mit Kaseosan erscheint Verf. als eine besonders günstige, weil zu der spezifischen Wirkung des Öles noch die protoplasmaaktivierende des Eiweißpräparates kommt. A. de Lemos-Hamburg.

Schädigende Dämpfe bei Jodtinktur-Desinfektionen, von Weichert-Beuthen. (Klin.-ther. Wschr., 1922, Nr. 25/26.) Vergiftungserscheinungen (Beklemmungs-, Schwindelgefühl, Zyanose, Ohnmacht) wurden bei Operateur und Operationspersonal mehrfach beobachtet nach Bestreichen des Operationsfeldes mit 5%iger Jodtinktur, die offenbar — genaue Aufklärung erwies sich als unmöglich — mit einer toxischen Spiritusart (Sulfitspiritus, Propylalkohol, Persprit oder dergleichen) zubereitet war. Forderung der Verwendung von nur einwandfreiem 96%igem Äthylalkohol zur Bereitung von Jodtinktur. F. Hirsch-Ulm.

Jodtherapie und Jodmangel, von Hans Friedenthal-Berlin-Charlottenburg. (Zbl. f. inn. M., 1922, Nr. 46, S. 745.) Verf. empfiehlt als Ersatz des Jodes in den Jodpräparaten das Sulfozyan, das dieselben therapeutischen Wirkungen habe. Pauli gab Sulfozyannatrium und überschritt niemals die Dosis von 1 g pro die. Die Wirkung bei Kopfschmerzen war stärker als beim Jod- und Brompräparat, der Schwindel und die Blutsteigerung der Arteriosklerotiker wurde merklich gebessert. Bei Magenbeschwerden haben Klysmen denselben Erfolg wie Darreichungen per os. Als weiterer Beweis für gleiche Wirkung sieht Verf. die Tatsache an, daß auch Sulfozyan bei übermäßiger Darreichung Akne und Schnupfen hervorruft. Verf. hat das Ersatzmittel Suprajodan genannt. Dieses kann in den gleichen Mengen gegeben werden wie Jodnatrium bzw. Jodkalium. So empfiehlt Verf. das Suprajodan in allen Fällen, in denen man mit Jodpräparaten gute Erfolge erzielte, als da sind: neurasthenische Beschwerden, Arteriosklerose, Migräne, Tabes und Harnsteine, sowie als Adjuvans bei Quecksilberkuren.
A. Rosenburg-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, München, 20. bis 23. Mai 1923. Angemeldet: Bloch-Zürich, Kreibich-Prag, Pinkus-Berlin, Riecke-Göttingen: Ätiologie, Pathologie und Therapie der Ekzeme (Referat); Gans-Heidelberg, Kalziumbilder in der Haut; Hammer-Stuttgart, Beziehungen von Ekzem und Impetigo; Ehrmann-Wien, Neurodermitis, Histologie und Klinik; Pokorny-Prag, Neurodermitis rubra; Luithlen-Wien, Ätiologische Therapie des Ekzems; E. Hoffmann und Schereus-Bonn, Spätschädigung des Bindegewebes nach gefilterten Röntgendosen; Riehl-Wien, Über die Spuren des elektrischen Starkstroms in der Haut; Keller-Freiburg, Einfluß der ultravioletten Strahlen auf die Oxydasereaktion im Gewebe; Kreibich-Prag, Ein Lichtfall; E. F. Müller-Hamburg, Beziehungen der Haut zum autonomen Nervensystem; Rost-Freiburg, Über die sog. Dyskeratosen (Paget-Darier-Bowen); Reese-Hamburg, Immunisierende Wirkung der Haut und Bedeutung für die Therapie; M. Jessner und H. Hoffman-Breslau, Einfluß des Serums Allergischer auf Trichophytonpilze; Buschke und Peiser-Berlin, Experimentelle Beobachtungen über Kaliumwirkung; Buschke und Langer-Berlin, Experimentelle Beobachtungen über Teerwirkungen; Lipschütz-Wien, Pigmenterzeugung durch Teerpinselung; Mayr-München, Hauterscheinungen bei Diabetes; Ullitzka-München, Vorkommen von Amyloid bei Hautkrankheiten; Siemens-München, Ätiologie der Nävi; Über Epidermoide und Follikularzysten; Schumacher-München, Dermatoskopie bei Hautkrankheiten; Thieme-München, Uvachromverfahren in der Klinik; Memmesheimer-Essen, Physikalisch-chemische Blutuntersuchung bei Gesunden und Kranken; Mertens-München, Pigmentveränderungen an einem Melanomschimmel; Kerl-Wien, Über Livedo; Pick-Prag, Zur Diagnose der Lichterkrankungen; Zieler-Würzburg, Peritheliom der Haut u. a. (mikroskopische Vorführungen); Zur Frage der Boeckschen Krankheit; Rille-Leipzig, Über einige seltenere Hautkrankheiten (mit Projektion); Ramel-Zürich, Pathogenese des Lupus erythematosus; Birnbaum-Würzburg, Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose; Michalik-München, Boecksches Sarkoid; Martenstein-Breslau, Sarkoid und Pernio; Arzt und Kumer-Wien,

Digitized by Google

Impfskrofulodermata; Thieme-München, Lupuskarzinom; Ehrmann-Wien, Neurofibromatosis und Sarkom; Mayr-München, Fall von Mycosis fungoides; Arzt-Wien, Zur Pathologie der Sproßpilzerkrankungen; E. Hoffmann-Bonn, Über Skleroedema adultorum nach Grippe; H. Hoffmann-Breslau, Myxödem, Sklerodermie, Kalzinose; Sklarz-Berlin, Keratodermia disseminata symmetrica; Gans-Heidelberg, Keratoma periporale; Arzt und Fuhs-Wien, Herdweise Keratosen an Händen und Füßen; Krebich-Prag, Parapsoriasis atrophicans; Lenz-München, Hautdiphtherie; Mayr-München, Zur Ätiologie hautdiphtherischer Geschwüre; Justus-Budapest, Fälle von Blastomykose; Weil-München, Zur Frage des Lymphskrotums; Brünauer-Wien, Thema vorbehalten; Rocha da Lima-Hamburg, Blastomykose, klimatische Bubonen und venerisches Granulom; Stein-Wien, Nagelveränderungen bei Alopecia areata; Entstehung der Glatze; Lenz-München, Bekämpfung tierischer Hautparasiten mit SO_2; Arzt-Wien, Das Wasserbett und seine Verwendung; Wirz-München, Iontophoretische Anästhesie; Krebs-Leipzig, Behandlung mit Staphar und unspezifischen Körpern; Lamprecht-Wien, Behandlung gewisser Dermatosen mit Andriolwismut und Uransalben; F. Rosenthal-Berlin, Chemotherapeutische Neuerungen; Buschke und Kroo-Berlin, Experimentelle Analogieversuche zwischen Rekurrens und Syphilis; Mulzer-München, Neue Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung; Plaut-München, Liquorentnahme und -untersuchung bei syphilitischen Kaninchen; Experimentelle Syphilis des Nervensystems; Neubürger-München, Histologische Befunde bei experimenteller Syphilis; E. Hoffmann und Zurhelle-Bonn, Syphilitische Impfkeratitis; Stühmer-Freiburg, Biologische Vorgänge im Primäraffekt; Pohlmann-München, Über serologische Untersuchungen an Gelenkpunktaten; M. Jessner-Breslau, Salvarsanresistente Lues; Szilvasi-Oedenburg, Zur WR und SGR; Markert-Würzburg, Verhalten der Rückenmarksflüssigkeit im Verlauf der Syphilisbehandlung; Mucha-Wien, Liquordauerbeobachtungen; Schönfeld-Greifswald, Neuere Eiweißreaktionen in der Rückenmarksflüssigkeit; Bering und Memmesheimer-Essen, Liquorveränderungen und Augenbefunde im Frühstadium der Syphilis; Gennerich-Kiel, Bedeutung der Liquordiffusion bei Paralyse; Kolle-Frankfurt a. M., Experimentelles über Wismuttherapie; Heuck-München, Wismutbehandlung; H. Müller-Mainz, Wismutbehandlung; H. Müller und Blass-Mainz, Wismutresorption im Gewebe; E. Hoffmann und Hofmann-Bonn, Über volle Ausnutzung der Frühheilungschance bei Syphilis; Heuck-München, Abortivbehandlung der Lues; Birnbaum-Würzburg, Syphilis und Leber; Brünauer-Wien, Zur Therapie der Lues; Kyrle-Wien, Malariabehandlung frischer Syphilisfälle; Schreus-Bonn, Grundsätzliches zur Salvarsantherapie; Bruns und Dittrich-Charlottenburg, Übertritt des Arsens in das Zentralnervensystem; Schönfeld-Greifswald, Intrasinuidale Salvarsanbehandlung bei Säuglingen; Schumacher-Berlin, Worauf beruht die Wirkung des Salvarsans? F. Lesser-Berlin, Chemische Prophylaxe der Syphilis; Beeinflussung der Spirochäten durch Hg und Salvarsan; Mayr-München, Salvarsanausscheidung bei Mischspritzen; Frei, Jaffe und Spitzer-Breslau, Quecksilberwirkung auf die Spirochäten; Stühmer-Freiburg, Quecksilberhaltige Farbstoffe in der Syphilisbehandlung; Hofstadt-München, Ausscheidung von Quecksilber im Harn; Klopfer-Viborg, Syphilisbehandlung mit Sulfoxylat-Salvarsan; Sellmayr-München, Über das Hellsche Teerpräparat; Schumacher-Berlin, Chemischer Aufbau des Gonokokkus; Heuck und Lochbrunner-München, Komplementbindungsversuche bei Gonorrhoe; v. Zumbusch-München, Über ein Silberpräparat zur Gonorrhoebehandlung; Hitzelberger-München, Behandlung gonorrhoischer Epididymitiden nach Zirn; Oelze-Leipzig, Gonorrhoetherapie innerhalb der Urethralschleimhaut; Oelze-Rheinboldt-Leipzig, Portiobestrahlungen bei Gonorrhoe und Fluor; Habermann-Köln, Röntgenbehandlung gonorrhoischer Komplikationen; Krebs-Leipzig, Gonorrhoebehandlung der Frauen; Frei-Breslau, Streptobazillenkultur; Perutz-Wien, Zur experimentellen Pharmakologie des männlichen Genitale; Sachs-Wien, Intrakutanreaktion bei plastischer Induration der Corpora cavernosa.

Habilitiert: Dr. Julius Mayr in München für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Gestorben: Dr. Giuseppe Soffiantini in Pavia. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

19. Mai 1923 | Nr. 20 | Band 76

Mitteilung aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke des Zitaspitals in Budapest und der z. Z. dort untergebrachten Klinik für Haut- und Geschlechtskranke der königl. ung. Elisabeth-Universität (Direktor: Prof. Dr. S. C. Beck).

Beitrag zur Klinik der Soormykose der Haut.

Von

Dr. Michael Lang, Assistent der Klinik.

Auf die ätiologische Rolle des Soorpilzes bei den Dermatomykosen warfen erst die jüngsten klinischen Beobachtungen und Laboratoriumsuntersuchungen ein Licht. Obzwar die Soorerkrankungen der Schleimhäute seit langem bekannt sind und der Nachweis des Pilzes an den Schwämmchen auf die früheste mikroskopische Zeit fällt, wurde doch das Vorkommen desselben an der Haut als eine harmlose, saprophytäre Erscheinung betrachtet. Das kann jedoch gar nicht verwundern, wenn wir uns die große Ähnlichkeit des klinischen Bildes mit anderen mykotischen bzw. oberflächlich entzündlichen Erkrankungen vergegenwärtigen, wodurch die heutigen Soormykosen wahrscheinlich mit den Erythrasmen, mit den oberflächlichen trichophytären Erkrankungen bzw. den Intertrigines verbucht wurden.

Beck [1]) war der erste, der durch genaue klinische Beobachtungen von dem Bilde der Dermatitis infantilis den von ihm als Erythema mycoticum infantile benannten mykotischen Prozeß absonderte, als dessen Erreger er sowohl im Nativpräparat als in Kultur eine — sich im Verlaufe weiterer Untersuchungen als Soor ergebende — Oidienart feststellen konnte. Damit gab er die erste exakte Beschreibung einer gar nicht so selten zur Beobachtung gelangenden Soordermatose des Säuglingsalters und wies gleichzeitig auf die Tatsache hin, daß der Soor nicht nur ein einfacher Hautparasit ist, sondern daß er unter gewissen Umständen auch pathogene Eigenschaften annehmen kann.

Eine Säuglingssoormykose von ähnlicher Lokalisation, aber mit etwas abweichendem klinischem Bilde, beschrieb einige Wochen später — unabhängig von Beck — Ibrahim [2]).

Diese Beobachtungen aber fanden nicht die ihnen gebührende Aufmerksamkeit, so daß die Literatur der nächsten Jahre dem Leser keine derartigen Fälle bieten kann. Erst 1914 begegnen wir wieder dieser Erkrankung, diesmal aber nicht mehr bei Säuglingen, sondern auch bei Erwachsenen. In Ergänzung der Beckschen Anschauung, wonach nur die mit zartem Epithel versehene, saftreiche Haut des Säuglingsalters geeignet sei zur Ansiedelung und Vermehrung des Soorpilzes, konnte

[1]) Unnas Festschrift, 1910, Bd. 1, S. 494. — [2]) Arch. f. Kindhlk., 1911, Bd. 55, S. 91.

Digitized by Google

Kaufmann-Wolf[1]) durch ihre Fälle, welche sie als interdigitale Oidiomykosen beschrieb, den Beweis der Pathogenität auch für Erwachsene erbringen. Außer in den Interdigitalfalten wurden später — ebenfalls bei Erwachsenen — noch durch Soor erzeugte Dermatosen in den Inguinal- und Femoralfalten, in der Crena ani (Hudelo und Montlaur[2]), Muijs[3]), Bloch[4]), Stäheli[5]), Engman[6]), Dubreuilh und Joulia[7]), Kumer[8])), in den Falten unter den Hängebrüsten (Engman[6]), Kumer[8])), sogar auch an den Nägeln beschrieben (Frei[9]), Kumer[8])). Dieselbe Affektion konnte Miescher[10]) und Stäheli[5]) im Gefolge von feuchten Umschlägen, Jakobi[11]) und später Kumer[8]) im Dauerbade an verschiedenen Körperstellen beobachten. Letzterer Autor gab zugleich anfangs dieses Jahres, fußend zum Teil auf den ziemlich sporadischen Fällen der Literatur, zum Teil auf einer größeren Anzahl eigener Fälle, eine zusammenhängende Darstellung der Soormykosen der Haut (daselbst auch nähere Literaturangaben), wodurch die von Beck inaugurierte Soordermatose zu einem neuen Kapitel der mykotischen Hautaffektionen heranwuchs.

Angesichts der Neuartigkeit des Studiums dürfte es vielleicht nicht unnütz sein, einen vor kurzem an unserer Klinik beobachteten Fall mitzuteilen, um so mehr, da ihm auch einige Eigentümlichkeiten betreffend Pathogenese und Lokalisation innewohnen.

J. F., 20 Jahre alt, Hochschüler.

Vor fünf Tagen bemerkte er einen guldenstückgroßen roten Fleck an der Innenfläche des rechten Oberschenkels unterhalb der Schenkelbeuge, welcher sich allmählich vergrößerte. Der Ausschlag juckt, besonders in der Bettwärme oder beim Reiben durch die Leibwäsche. Nässen bestand nie. Bezüglich der Ursache seines Leidens gibt Pat. an, sie haben vor ungefähr zwei Wochen eine Katze ins Haus bekommen, welche er öfters in seinen Schoß nahm. Der Fleck trat an der Stelle auf, wo die Katze häufig ihre Krallen einsetzte.

Vorher immer gesund. Eine ähnliche Erkrankung kam in der Familie nie vor.

Status praesens. Ungefähr zwei Querfinger unterhalb der Genitokruralfalte, an der Innenseite des rechten Oberschenkels eine etwa handtellergroße, unregelmäßig ovale, scharf begrenzte, intensiv gerötete Läsion, in dessen Bereiche das Strat. corn. sich in kleineren oder größeren Lamellen abblättert. In den zentralen Partien der Veränderung ist die Schuppung mehr kleinlamellös, die Hornschicht ist hier fein gerunzelt, zerknüttertem Zigarettenpapier ähnlich. Gegen die Peripherie werden die Lamellen größer, sie sind rundlich bzw. polyzyklisch beschaffen; dazwischen befinden sich ebenso große desquamierte Stellen, mit einem schmalen Epithelkragensaum umschlossen. Im äußersten Abschnitt, der sich übrigens auch durch ein etwas lebhafteres Rot abhebt, sind zwischen den Hornlamellen in mäßiger Anzahl nadelspitz- bis stecknadelkopfgroße, transparente Bläschen zu verzeichnen. In der Nähe des unteren Randes im Gesunden ein ungefähr bohnengroßer, lebhaft roter Fleck mit beginnender Schuppung.

Als der Pat. zwei Tage später sich abermals meldete, waren an der Innenfläche des linken Oberschenkels, ein Querfinger breit unter der Genitokruralfurche, zwei je zweihellerstückgroße, ovale, frische Effloreszenzen konstatierbar, von derselben Farbenveränderung wie die oben beschriebenen. Die Hornschicht ist in den zentralen Anteilen verdickt und löst sich bei Abschabung in größeren Lamellen los; daneben mäßige lamellöse Schuppung.

Im Nativpräparat runde und ovale große Sporen und Myzelfäden. Letztere ziemlich breit, doppelt konturiert, mit geschlängeltem Verlauf, vielfach Körnchen und in ver-

[1]) Derm. Zschr., 1914, Bd. 21, S. 385; 1915, Bd. 21, S. 932; 1915, Bd. 22, S. 441. — [2]) Bull. de la soc. franç. de derm., 1914, Bd. 25, S. 403. — [3]) Derm. W., 1918, Bd. 66, S. 65. — [4]) Korr.-Bl. Schweiz., 1916, Bd. 46, S. 273. — [5]) Arch. f. Derm., 1921, Bd. 134, S. 407. — [6]) Arch. of derm. and syph., 1920, Bd. 38, S. 370. — [7]) Bull. de la soc. franç. de derm., 1921, Bd. 6, S. 192. — [8]) Arch. f. Derm., 1922, Bd. 140, H. 1, S. 105. — [9]) Arch. f. Derm., 1921, Bd. 129, S. 404. — [10]) Derm. Zbl., 1921, Bd. 1, H. 1/2, S. 60 (Ref.) — [11]) Arch. f. Derm., 1907, Bd. 84, S. 289.

Digitized by Google

schiedenen Abständen Septen enthaltend. Die ziemlich zahlreichen Verzweigungen erweisen sich zum geringen Teil als ein typisches Myzel, zum größten Teil als ein Sproßmyzel.

Kulturell wachsen auf Maltoseagar nach 4—5 Tagen rundliche, grauweise, feucht glänzende Kolonien, welche im weiteren Wachstum ein unregelmäßig gefurchtes Zentrum und eine aus radiären Ausläufern bestehende Peripherie erkennen lassen. Wachstum auch in die Tiefe.

Übertragungsversuch mit der Kultur positiv; am dritten Tage entwickelt sich an der Impfstelle ein ungefähr guldenstückgroßer, unscharf begrenzter, stark geröteter, etwas ödematöser Herd mit mehreren zerstreut gelegenen, stecknadelkopfgroßen Pustelchen bedeckt. Im abgekratzten Epithel bzw. in den Pusteldecken typische Sporen, zum Teil zu Myzelien auswachsend.

Klinisch gehört unser Fall der Beckschen erythemato-squammösen Form an. Zumindest entsprechen vollkommen der Beckschen Beschreibung die an der Innenfläche des linken Oberschenkels während unserer Beobachtung aufgetretenen Herde, wogegen die diffuse Plaque an dem rechten Oberschenkel mit den peripher sitzenden kleinen Bläschen sich mehr der Ibrahimschen Beschreibung nähert. Ibrahim stellt nämlich in seiner oben bereits erwähnten Arbeit als die Primäreffloreszenz der Soormykose das Bläschen dahin, ohne daß dadurch die Richtigkeit der Beobachtungen des ersteren Autors irgendwie bemängelt werden könnten. Beck selbst, die Ibrahimschen Beobachtungen auch an eigenen Fällen konstatierend, setzt in einer weiteren Mitteilung[1]) auseinander, daß die vesikulöse Form aus der erythematösen hervorgeht bzw. beide nebeneinander vorkommen können. Da es sich eben nur um gradweise Differenzen handelt, bedingt durch das pathologische Geschehen in der Haut, so sind flüssige Übergänge, wie bei ähnlichen Fällen überall unvermeidlich und muß eine strenge Auseinanderhaltung beider Typen aus diesem Grunde von vornherein als aussichtslos gelten. Wir können eben nur sagen, daß die durch den Soor erzeugten Dermatosen von dem einfachen erythematösen Fleck bis zur vesikulösen, ja sogar pustulösen Dermatitis alle Übergänge aufweisen können, wobei das eine Mal die eine, das andere Mal die andere Effloreszenzmorphe das Bild beherrschen kann.

Die Umstände, welche dieses Verhalten der Hautreaktivität bedingen, sind uns ebenso unbekannt, wie wir auch darüber im Unklaren sind, warum die durch das Trichophyton erzeugte Hautreaktion sich uns das eine Mal im Bilde einer oberflächlichen Entzündung, das andere Mal in der Form von tiefen, eitrig infiltrierenden Tumoren repräsentiert. Artverschiedenheiten des Soorpilzes anzunehmen und diese hierfür verantwortlich zu machen, wäre verfrüht, um so mehr, da ja seine Stellung im botanischen System auch heute noch unklar ist. Es ist „wohl kaum ein Pilz so sehr Wandlungen in seiner systematischen Stellung ausgesetzt gewesen, wie der Soorpilz“ (Plaut), und dieser Wandel widerspiegelt sich auch in den Benennungen der durch ihn erzeugten Krankheitsbilder: „Endomyces albicans als Ursache einer Epidermomykose“ (Muijs), „Oidiomykose der Haut“ (Bloch, Stäheli usw.), „Soormykose der Haut“ (Ibrahim, Kumer). Außerdem ist bekannt die große Anpassungsfähigkeit der Pilze überhaupt an das Milieu, sowohl in Kulturen als an der Haut, wodurch mit verschiedenen Akkomodationsformen zu rechnen ist. Ibrahim als auch Beck erwähnen z. B. in ihren Beschreibungen den

[1]) Derm. W., 1915, Bd. 60, S. 301.

Digitized by Google

Befund, daß in den eitrigen Bläschen die Konidien das Bild beherrschen, die Myzelien dagegen in den Hintergrund treten. Es ist viel wahrscheinlicher, daß beim Zustandekommen der verschiedenen klinischen Bilder wieder die Disposition, und zwar die allgemeine wie die lokale, die hauptsächlichste Rolle spielt. So kann in dem Falle Blochs, wo die an einer genitalen Soormykose erkrankte Patientin gleichzeitig an Diabetes litt, kaum gezweifelt werden, daß die dermatitisähnlichen Erscheinungen auf Grund der durch den Diabetes geschaffenen Konstitutionsveränderung zustande kommen konnten. Die lokalen prädisponierenden Momente finden ihren Ausdruck in der Lokalisation der Dermatose dort, wo feuchte Wärme herrscht, also in erster Linie in den Beugen, dann unter feuchten Verbänden.

Bezüglich des Zustandekommens der Infektion, angesichts der großen Verbreitung des Soorpilzes in der Natur, ist die geläufigste Ansicht, daß der normalerweise nur ein saprophytäres Dasein führende Pilz unter gewissen Bedingungen pathogen werden kann. Beck hielt, kraft der eigentümlichen Lokalisation der Säuglingsmykose, die im Wege des Intestinaltraktes erfolgende Infektion, also die Autoinokulation für wahrscheinlich, um so mehr, da ein beträchtlicher Teil seiner Kranken auch an Mundsoor litt. Daneben besteht auch die Möglichkeit der Kontaktinfektion, d. h. die Übertragung von Mensch auf Mensch, welche übrigens auch in klinischen Beobachtungen eine Stütze findet. In den Fällen Muijs' geschah die Infektion in demselben bzw. angrenzenden Krankensälen. Bei einem ebenfalls von ihm beobachteten Ehepaar war zuerst die Frau krank und erst dann erkrankte auch der Mann. Noch nicht genügend klargestellt erscheint die Frage der mittelbaren Infektion, d. h. der Ansteckung durch infizierte Gegenstände, besonders aber durch Vermittlung von Tieren. Die Tierpathogenität des Soorpilzes ist eine bekannte Sache und experimentell erwiesen, doch gehören Spontanerkrankungen zu den Seltenheiten. Es hätte uns deshalb die Rolle der in der Anamnese erwähnten Katze interessiert, nur war leider eine Untersuchung des Tieres infolge Abhandenkommen desselben nicht möglich. Allerdings ist der Zusammenhang zwischen dem Erscheinen der Katze im Hause des Patienten einerseits, und dem Auftreten der Dermatose andererseits, speziell dort, wo die Katze öfters ihre Krallen einsetzte, ein auffallender.

Die auf den ersten Blick als eine oberflächliche Trichophytie imponierende Dermatose verriet bei näherer Betrachtung bald ihren wahren Charakter. Die diffuse Hyperämie, welche zentral kaum schwächer ist als an der Peripherie, die unregelmäßig ovale Begrenzung, weiter die charakteristischen erythemato-squammösen Primäreffloreszenzen in der Umgebung der konfluierten Plaques, waren genügend kennzeichnende Symptome, um eine Soormykose vermuten zu lassen, was der mikroskopische Befund und die Kultur bald bewahrheitete. Als ein gut brauchbares Diagnostikum, besonders an den jüngeren Plaques, erwies sich auch das von Kumer erwähnte Verhalten der Hornschicht. Infolge der Wucherung des Pilzes im Stratum corneum wird letzteres gequollen, gelockert und es lösen sich beim Abschaben leicht grobe Lamellen los.

Von den charakteristischen Symptomen aber entbehrten wir eins, und das war die Lokalisation. Wie oben bereits erwähnt, begünstigt die feuchte Wärme die Entwicklung und Vermehrung des Soorpilzes,

Digitized by Google

weshalb sich die Dermatose am häufigsten, man könnte sagen, fast regelmäßig in den Falten lokalisiert. Abweichend von dieser Regel sind in unserem Falle, bei vollkommener Freilassung der Falten, die Innenseiten der Oberschenkel affiziert, als Beweis dafür, daß keine Körperstelle vor der Soorerkrankung gefeit ist. Dieser Umstand geht ja übrigens aus den Beobachtungen Stähelis, welcher zwei nach Umschlägen aufgetretene dermatitisähnliche Oidiomykosen an den Unterschenkeln beschreibt, weiter aus den Beobachtungen im Dauerbad zur Genüge hervor, nur fallen aber bei unserem Patienten auch diese prädisponierenden Momente fort. Diese Lokalisation erleichterte gleichzeitig die Differentialdiagnose anderer in Betracht kommenden Dermatosen, nämlich dem Eczema marginatum, dem Intertrigo bzw. Eczema intertrigo und dem Erythrasma gegenüber. Von diesen Affektionen bestand noch die größte Ähnlichkeit mit dem Erythrasma bei atypischer Lokalisation des letzteren. Hier ist aber die Schuppung kleiig, es lassen sich keine gröberen Hornlamellen entfernen, es kommt nicht zur Vesikulation, der Prozeß wird von keiner Hyperämie begleitet, sondern wir stehen nur einer durch den Microsporon minutissimum erzeugten kaffeebraunen Verfärbung gegenüber. Besonders die mangelhafte Beachtung letzteren Symptoms zeitigt Diagnosen, wie „entzündliches Erythrasma" usw., welche sich zum Teil bei eingehenderer klinischen und mikroskopischen Untersuchung ebenfalls als eine Soormykose ergeben würden.

Der Therapie ergibt sich meist ein dankbares Terrain; mit den gebräuchlichen Antiparasitika kommt man gewöhnlich an das Ziel. Bloch heilte seinen Fall mit einfachen Boraxumschlägen auf Grund der Überlegung, daß alkalisches Milieu ungünstige Lebensbedingungen für den Pilz schafft. Auch Gougerot benutzte in seinem Falle Borax in Form von Bädern und pinselte nachher mit 10%igem Kreosotglyzerin; er erzielte jedoch mit diesem Verfahren keine Heilung, sondern nur Besserung. Wir verwandten 2%igen Resorzin-Jodspiritus und erzielten damit in etwa zwei Wochen vollständige Heilung. Eine Woche später noch war an den affizierten Stellen eine bräunlich-rötliche Pigmentierung zu verzeichnen. Pilzbefund negativ.

Nachtrag. Nach Abschluß obigen Berichtes nahm ich Kenntnis von der Mitteilung Alexanders, bei dessen Fällen die Lokalisation außerhalb der Falten ebenfalls Erwähnung findet.

Die Behandlung der Orientbeule mit Diathermie.

Von

Dr. Houloussi Behdjet in Konstantinopel.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin.)

Unter unseren Kollegen, die in den Bezirken von Bagdad, Diarbekir, Halep und in der Gegend von Cäsarea gereist sind, trifft man selten Ärzte, die die unter dem Namen Orientbeule bekannte Krankheit nicht gesehen haben.

Die in diesen Gegenden sehr häufige Krankheit dauert oft trotz aller Sorgfalt eine reichlich lange Zeit, die sich bisweilen auf 1 Jahr oder

Digitized by Google

sogar noch mehr erstreckt, da die verschiedenen Arten ärztlicher Eingriffe kein sicheres Resultat geben.

In gewissen Arbeiten ist, abgesehen von der Behandlung mit Tartarus stibiatus oder mit Neosalvarsan, von einer anderen Methode mittels Kohlensäureschnee die Rede, die, wie man sagt, eine sichere Wirkung verbürgen soll, im Gegensatz zu den ersteren, deren Nutzen nicht ebenso deutlich wäre.

Wir glauben, daß die Diathermie die ideale Behandlung der Orientbeule darstellt. Dieses Verfahren ist so wirksam, daß selbst die vorgeschrittensten Fälle in einer Zeit von 14—20 Tagen schwinden, ohne eine störende Narbe zu hinterlassen.

Dieser Punkt bietet den Kollegen, die sich mit Dermatologie beschäftigen, eine große Bequemlichkeit und eröffnet unseren fachärztlichen Kollegen im Auslande ein Feld der Anwendung.

In den beiden letzten Jahren habe ich in Konstantinopel 4 Fälle von Leishmaniosis gefunden.

Anstelle des Thermokauters und Galvanokauters — die wenig empfehlenswert erscheinen — habe ich die Anwendung des Kaltbrenners vorgezogen, den man so häufig bei Warzen, Nävi und gewissen Hautgeschwülsten benutzt. Das erzielte Resultat war außerordentlich befriedigend; ich glaube zunächst die verschiedenen Fälle und die dabei zur Anwendung gelangte Behandlung darstellen zu sollen.

Fall 1. Ein Lastträger aus Diarbekir, 42 Jahre alt, verheiratet, Vater von 3 Kindern, hatte kürzlich — 6 Monate vor meiner Beobachtung — an der Augenbraue und der linken Wange Flecke gehabt, die sich bald in juckende Papeln umwandelten und den Bissen eines giftigen Insektes glichen.

Die Geschwüre, die daraus entstanden waren, vertieften sich und breiteten sich mit der Zeit immer weiter aus.

Das Geschwür, das ich an der Augenbraue beobachtet hatte, war rund und $1^1/_2$ cm breit. Der Rand war geschweift und unregelmäßig. In der Mitte bemerkte man Haare, das Geschwür war mit einer dicken, bräunlichen Kruste bedeckt, die fest an der Haut haftete.

Der äußere Umkreis der Kruste war entzündet und ödematös. Nach Entfernung der Kruste zog eine trübe Feuchtigkeit meine Aufmerksamkeit auf sich. Das Blut sickerte aus den Kapillaren heraus. Die Ränder des Geschwürs waren steil ausgeschnitten, der Grund tief blaurot; er war mit Granulationen ausgefüllt und zeigte einige gelbe Eiterpunkte. Der Grund war bei der Berührung hart und infiltriert. Der Kranke empfand Schmerz seiner Angabe nach nur bei Druck, die Läsionen selbst verursachten ihm keine Beschwerden.

Das Geschwür der linken Wange war viel breiter und die Kruste viel härter. Es war von ovaler Form, der scharfe Winkel verlängerte sich nach der Ohröffnung zu, der Rand erschien stärker infiltriert und ödematös.

Hinter dem Ohr hatte sich eine starke Drüsenschwellung gebildet und die auf der Wange hervorgerufene Entzündung ließ im Verein mit den Erklärungen des Kranken vermuten, daß er in der voraufgegangenen Zeit eine Lymphangitis gehabt hatte, infolge einer sekundären Infektion.

Ich dachte sogleich an Leishmaniosis und nachdem ich an den gefärbten Präparaten den Parasiten sicher nachgewiesen hatte, begann ich die dementsprechende Behandlung.

Fall 2. Ein Mädchen von 13 Jahren aus der Umgebung des Ex-Schah von Persien, das 6 Monate zuvor aus Teheran nach Konstantinopel gekommen war, war mir zur Behandlung zugeschickt worden. Es hatte auf der rechten Wange ein tiefes Geschwür mit infiltrierter und erythematöser Umgebung.

Das Geschwür war von einer dicken sanguinolenten Kruste bedeckt, die fest an der Haut haftete. Sein äußerer Anblick, der ganz auf Orientbeule hindeutete, konnte,

Digitized by Google

wenn man nicht aufmerksam untersuchte, an Ekthyma glauben lassen. Die Form war auch die eines Lupus exulcerans. Es hatte mit Jucken begonnen und dann den Charakter eines erythematösen Fleckes angenommen.

Das Zentrum war zunächst erhaben wie eine Papel, auf der man weiße, trockene Schuppen bemerkte. Im Laufe der Zeit ulzerierte die Schwellung und breitete sich weiter aus.

Die Kruste war sehr schwer abzuheben; da die Empfindlichkeit eine sehr große war, konnten wir sie nur stückweise unter Anwendung von Äthylchlorid abziehen. Nach ihrer Entfernung erschien das Korium tiefrot gefärbt, stellenweise papillomatös. Der Rand war unregelmäßig gezackt und ausgehöhlt. Das Geschwür hatte eine Länge von 2 cm bei einer Breite von $1^1/_2$ cm.

Ich machte 5 Präparate, von denen ich drei nach Romanowsky, zwei nach Giemsa färbte.

Die Leishmaniakörperchen waren im Inneren der mono- und polynukleären Leukozyten sichtbar, ebenso wie das Protoplasma und Chromatin der Körperchen.

Nach Feststellung der Diagnose schlug ich eine Behandlung mit Diathermie vor. Da das Kind sehr sensibel war, wandte ich soweit wie möglich Äthylchlorid-Anästhesie an. Die Behandlung wurde in 3 Sitzungen beendet. Ich empfahl der Kranken nach 1 Woche zur Kontrolle der Heilung wiederzukommen; ihre plötzliche Abreise nach Paris hinderte mich, die Narbe zu untersuchen.

Fall 3. Der 19 Jahre alte Sohn eines Kaufmannes in Adana verbrachte mehrmals 1 und $1^1/_2$ Monate in Syrien (Halep). Er hatte 5 Monate zuvor unterhalb der rechten Kniescheibe und über der Fibula harte Follikulitiden auf rotem Grunde, die, indem sie sich vereinigten, die Größe eines Fünffrankstückes erreicht hatten. Einige Ärzte, die er konsultiert hatte, hatten von Orientbeule gesprochen, andere diagnostizierten auf Grund der WR Syphilis und behandelten ihn dementsprechend.

Da die antisyphilitische Behandlung innerhalb 2 Monaten keine Erfolge erzielt hatte, mußte er nach Konstantinopel kommen, um sich behandeln zu lassen.

Der Patient war von kräftiger Konstitution und litt an keiner anderen Affektion an der Haut oder anderen Teilen des Körpers. Das Geschwür unterhalb der rechten Kniescheibe war von der Größe eines Fünffrankstückes, von gummös-erythematösem Aussehen, infiltriert und an der Oberfläche von einer dicken Kruste bedeckt. Der Rand war unregelmäßig und die Kruste hatte unter der Einwirkung verschiedener Medikamente eine bizarre, schmutzig-gelbliche Farbe angenommen.

Ich wollte die Kruste entfernen, aber der Kranke empfand einen sehr heftigen Schmerz. Der äußere Anblick war der einer krustösen Ulzeration und bot das Aussehen eines syphilitischen Gummi.

Nach Entfernung der Kruste bemerkte man auf dem Grunde schmutzige, gelblich-grünliche Eiterpunkte, und nach der Reinigung, die sehr leicht gelang, erschienen an ihrer Stelle bläuliche Granulationen. Das Geschwür war ziemlich tief, sein Rand ödematös und seine Oberfläche mit dem Ödem erreichte den Umfang der Handfläche.

Wenn der Kranke eine Syphilisanamnese gehabt hätte oder wenn man an seinem Körper syphilisähnliche Erscheinungen hätte bemerken können, hätte das Geschwür für eine Form dieser Krankheit gehalten werden können.

Die Vermutungen ferner, die man über verschiedene Arten möglicher Krankheiten anstellen konnte, waren nicht derart, um die Unsicherheit zu zerstreuen.

Wir konnten uns einem sporotrichotischen Gummi, einem Ulcus varicosum, einer Tuberkulose gegenüber befinden; wir konnten auch die Hypothese eines mykotischen Geschwürs nicht zurückweisen.

Obgleich ich Sporotrichose nach dem Polymorphismus der Läsionen und der Entwicklung für ausgeschlossen hielt, unterließ ich es doch nicht, die Epidermis-Kutisreaktion mit Sporotrichosin vorzunehmen.

Ich stellte Kulturen her und indem ich alle Möglichkeiten ins Auge faßte, führte ich auch die Tuberkulinreaktion nach Pirquet aus.

Ich wandte auch die WR an und entschied mich dafür, in Präparaten von verschiedenen Stellen auf Leishmaniosis zu untersuchen.

Auf Sabouraudschem Nährboden waren schon am 2. Tage saprophytische Bazillen und Staphylococcus aureus zu erkennen, 1 Tag später war Pirquet negativ, die WR ergab mit 2 Extrakten und nach der Originalmethode ein positives Resultat. 4 Stunden später konnte ich mit der Giemsa-Färbung die Entscheidung für Leishmaniosis treffen, und die anderen Reaktionen hatten nur noch einen relativen Wert. Alle 4 Präparate

Digitized by Google

zeigten an verschiedenen Stellen reichlich Leishmaniaparasiten. Diese waren fast immer in Leukozyten eingeschlossen, in manchen von ihnen bemerkte man 10—15 und besonders in den Makrophagen sah man 20 Körperchen. Die Parasiten waren mehr oder weniger rund. Die Körperchen hatten eine Länge von einigen Mikren, ihre Breite war stärker reduziert und ihr Umriß stärker sichtbar.

Die Kerne der Körperchen zeigten zwei verschiedene Teile, indem der Kernapparat sich zusammensetzt aus einem Hauptkern, der sich blaurot färbt, und einem kleinen meist stäbchenförmigen Zentrosoma, das sich dunkelviolett färbt.

Flagellatenformen habe ich nicht angetroffen; übrigens entwickeln sich diese bei lokaler Leishmaniosis außerhalb des Organismus. 4 Tage später fand ich mit Romanowsky-Färbung viel deutlicher sichtbare Parasiten. Das Chromatin konnte deutlich unterschieden werden, man sah leicht die Zentrosomen und die Trophonukleoli.

Blut, das ich mit einer Pipette aus den Rändern der Ulzeration gesaugt hatte, ließ ich tropfenweise in Nicollleschen Nährboden fallen, hielt die Kultur bei gewöhnlicher Zimmertemperatur, und bei der Untersuchung nach Verlauf von 3 Tagen zogen die Flagellatenformen sofort die Aufmerksamkeit auf sich. Bei der Untersuchung mit dem Ultramikroskop, nach Art der Untersuchung der Amöben, konnten alle Eigenschaften ohne Färbung leicht studiert werden.

Die Flagellaten hatten eine Länge von ungefähr 4—5 Mikren und eine Breite von 2—4 Mikren und waren außerordentlich beweglich. Bei einer 2 Tage später vorgenommenen Untersuchung fand ich sie rosenförmig agglutiniert.

Nach Sicherstellung der Diagnose wurde die Diathermiebehandlung begonnen.

Fall 4. Ein junges, 23jähr. Dienstmädchen aus Khangiri hatte am rechten Daumen und dem linken Fuße ekthymaähnliche Entzündungen gehabt. Sie war 4 Monate zuvor mit ihrer Dienstherrin von Halep abgereist und nach Konstantinopel gekommen. Wie sie erzählte, hatte sie 1 Monat vor ihrer Abreise an der Innenfläche des rechten Daumens (2. Phalange) eine Rötung, gefolgt von einer kleinen Geschwulst gehabt, und einige Zeit darauf hatte sich eine gleiche rote Geschwulst auf der linken Wange gebildet. Sie hatte Jucken verspürt und schließlich waren die Geschwüre aufgebrochen und hatten geeitert. Die Eruptionen an der Hand und am Fuße waren nicht charakteristisch. Der äußere Anblick der linken Wange war so regulär, daß man davon eine Moulage anfertigen und das Geschwür als Paradigma einer Orientbeule betrachten konnte.

Der Umkreis der Manifestationen an der Wange hatte einen erythematösen und ödematösen Charakter. Die Ränder des Geschwürs waren geschlängelt und das Ganze mit einer festhaftenden Kruste von schmutzig-gelber Farbe bedeckt. Nach Entfernung der Kruste zeigte der Grund eine tiefrote Farbe, papillomatös, stellenweise granulierend, vermischt mit trüber Lymphe, die Umgebung kongestioniert und infiltriert.

Die entnommenen Präparate wurden auf Objektträgern mit absolutem Alkohol fixiert, nach Färbung mit Romanowsky erschienen die Körperchen gut unterscheidbar, und ich begann sogleich die Behandlung.

Bekanntlich ist der Erreger der Leishmaniosis vom Amerikaner Wright entdeckt worden, der seine Untersuchungen an einer syrischen, in den Vereinigten Staaten niedergelassenen Familie gemacht hatte; er hatte auch nach seinen Studien eine Beschreibung der Körperchen gegeben und sie „Helcosoma tropicum" genannt. Gleichzeitig nannte sie R. Ross, der sie ebenfalls beobachtet hatte, „Leishmania tropica" oder „Furunkulosa".

Später wurde die Leishmania Donovani, der Erreger der Kála-Azar entdeckt.

Die amerikanische Leishmania gleicht der tropischen. Die Parasiten sind sehr ähnlich in ihrem Aussehen und ihrem biologischen Charakter.

Da die Probleme der Parasitologie, Ätiologie, pathologischen Anatomie, Symptomatologie und der geographischen Verbreitung in den klassischen Werken behandelt sind, ist es unnötig, hier davon zu sprechen.

Unser Zweck ist, die mit der Diathermie erzielten Resultate auseinanderzusetzen, die vom Gesichtspunkte der Behandlung aus zu einem Grade idealer Vollendung für die lokale Leishmaniosis gediehen ist.

Digitized by Google

Die von mir erzielten Resultate sind denen der Röntgenbehandlung von Herxheimer, der Behandlung mit Salvarsan und Tartarus stibiatus ebenso wie mit Kohlensäureschnee überlegen.

In den 3 Fällen, die ich mit Diathermie behandelt habe, bildete sich eine Hautnarbe, aber sie glich durchaus nicht den gewöhnlich im Gefolge der Ätzungen beobachteten.

Fünf Tage nach Anwendung der Diathermie konnte die dicke Kruste, die die Schädigung der Haut anzeigte, leicht entfernt werden. Die gesunde Haut wurde von neuem in diffuserer Form mit einer breiten Elektrode behandelt.

Die auf diese Weise gebildete Epidermiskruste fiel nach 5—10 Tagen ab. Eine in 1 m Entfernung sehr schwer zu unterscheidende Narbe machte sich ebenso wie ihr roter Umkreis bemerkbar.

In einem Zeitraum von 20 Tagen verschwand diese Entzündung ihrerseits und wir konnten uns von den Vorteilen der Diathermie überzeugen.

Man hat die Anwendung des übermangansauren Kaliums und chemischer Produkte, wie des Methylenblaus, für die Behandlung der Orientbeule erwähnt und hat angeblich befriedigende Erfolge damit erhalten.

In den medizinischen Werken wird auch der Anwendung innerer Stärkungsmittel Erwähnung getan. Seit der Entdeckung des Salvarsans haben Autoren es bei der Orientbeule (da die Parasiten zur Klasse der „Trepanosomen" gehören) zur Anwendung gebracht und die Wirksamkeit des Mittels erwähnt.

Bei 15 Fällen von Leishmaniosis, die sich unter den arabischen Truppen gezeigt hatten, die während des großen Krieges von der rumänischen Front nach dem Zentralhospital von Adrianopel geschickt worden waren, hatten wir Salvarsaneinspritzungen gemacht.

Eine Besserung wurde nur in 6 unter den 15 Fällen durch Einspritzungen in 5tägigen Intervallen erzielt. Bei den anderen Kranken konnte ein befriedigendes Resultat nicht festgestellt werden. Die behandelten Kranken waren Verwundete, von denen mehrere 3—5 Monate lang das Bett gehütet hatten. Es ist unter diesen Umständen sehr wahrscheinlich, daß die festgestellten Heilungen in diesem Zeitraum auch ohne jeden Eingriff zustande gekommen wären.

Wir waren geneigt zu glauben, daß die Salvarsanbehandlung keine ernsthafte Behandlung darstellte. Andere Kollegen haben in verschiedenen Gegenden mit den Einspritzungen Erfolge erzielt, die als unsicher betrachtet werden können. Im vorigen Jahre haben in den Erörterungen, die in der Dermatologischen Gesellschaft von Konstantinopel über ein mit Tartarus stibiatus behandeltes Kind, das sich im Höhestadium der Infektion befand, Kollegen behauptet, daß die beiden Behandlungsarten in bezug auf ihre Wirksamkeit die gleiche Unsicherheit darböten. Der Kollege, der den Kranken vorstellte, hatte mitgeteilt, daß in der Klinik des Hospitals von Gulhané bei einer Person mit sichtbaren Erscheinungen von Leishmaniosis und Syphilis das Neosalvarsan nur auf die Syphilis eine Wirkung ausgeübt hatte und daß die Orientbeule unverändert geblieben war.

Einige Kollegen haben erklärt, befriedigende Resultate mit Ein-

Digitized by Google

spritzungen in die Gewebe der Beulen selbst erhalten zu haben; andere durch Bestreuen mit Salvarsan und noch andere mit Salvarsansalbe.

Eine große Zahl von Ärzten betonte die Wirksamkeit des Tartarus stibiatus bei Kranken mit Kála-Azar sowie mit amerikanischer Leishmania und erklärte, sie vollkommen geheilt zu haben.

Da analoge Fälle in unserem Lande nicht aufzufinden sind, werde ich mich hierüber nicht mit Sachkenntnis äußern können. Bei der Orient- oder Halepbeule, die eine lokale Affektion darstellt, ist die Überlegenheit der Diathermiebehandlung, die eine völlige Heilung in 14—20 Tagen verbürgt und nur eine unmerkliche Narbe hinterläßt, auf sichere und überzeugende Weise erprobt.

Außerdem müssen die Unbequemlichkeiten der Tartarus-stibiatus-Einspritzungen, die schmerzhaft und deren Wirkungen schwerfällig sind, deren Anwendung bei einer lokalen Dermatose beschränken. Mit der Salvarsanbehandlung verhält es sich meiner Meinung nach ebenso. Ich glaube hinzufügen zu müssen, daß es mir nicht angebracht erscheint, für eine lokale Affektion auf eine Allgemeinbehandlung zurückgreifen zu sollen.

Betreffs der Kohlensäureschneebehandlung wäre es empfehlenswerter, an seiner Stelle den neuerdings in Frankreich benutzten Kryokauter anzuwenden.

Zusammenfassung: Die Anwendung der Diathermie als Kaltkauter ist für die Behandlung der Orientbeule ein ideales Mittel. Die Unscheinbarkeit der Narbe, die ihre Verwendung hinterläßt, ist geeignet, den Arzt zu erfreuen und den Kranken zu befriedigen. Sie bringt die Krankheit in einem verhältnismäßig sehr kurzen Zeitraum zum Verschwinden.

Über Ulcus vulvae acutum und Scheidenbazillen.

Von

Dr. Meta Oelze-Rheinboldt, Hautärztin in Leipzig.

Lipschütz (Derm. W., 1923, Nr. 8), dessen Verdienst bezüglich der Aufstellung des Ulcus vulvae acutum ich in einer kleinen Mitteilung (Derm. W., 1922, Nr. 38) voll anerkannt habe, bemängelt zunächst die von mir gestellte Diagnose, ebenso wie die von Bingel in sieben Fällen gestellte. Da ich die letzteren nicht gesehen habe, wage ich nicht, die Diagnose zu bestreiten. Was meinen Fall betrifft, habe ich keine Veranlassung, meine Auffassung zu ändern, wenngleich ich zugeben muß, daß die klinische Diagnose des Ulcus vulvae acutum schwierig sein kann, da diese Geschwürsform, soweit bis jetzt bekannt geworden, in drei klinisch-differenten Typen auftritt (cf. z. B. Stein, Geschlechtskrkh., S. 21ff.). Der Zweck meiner Mitteilung war, zur weiteren Untersuchung derartiger Fälle anzuregen, nur auf diesem Wege wäre eine endgültige Klärung zu erwarten.

Was den zweiten Hauptpunkt meiner Arbeit angeht, so wird ja auch das Vorkommen von gegen den Bacillus crassus nicht zu unterscheidenden Keimen bei nicht an Ulcus vulvae Leidenden auch von Lipschütz nicht bestritten. Entwickeln sich nun bei solchen Individuen diagnostisch unklare Geschwüre, so ist es leicht möglich, daß der mikroskopische Befund zu einer falschen Diagnose verleiten kann. Entgegen Lipschütz bin ich also der Ansicht, daß man nicht alle Geschwürsformen am äußeren Genitale des Weibes als Ulcus vulvae acutum ansprechen darf, bei denen sich der Döderleinsche Scheidenbazillus vorfindet, selbst wenn er das mikroskopische Bild beherrscht.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. März 1923.

Originalbericht von L. Kleeberg-Berlin.

1. Fischer demonstriert die am 9. Mai 1922 in dieser Gesellschaft unter fraglicher Diagnose vorgestellte 32jähr. Pat. — Urticaria perstans xanthelasmoida? — mit denselben braunroten, keloid- und xanthomartigen Tumoren im Nacken, Stirnhaargrenze, Gesäß und Extremitäten. Nach dem histologischen Befund handelt es sich um **Boeck'sches Sarkoid** (scharf umschriebene Epitheloidzellennester). Bis jetzt war Röntgenbehandlung und Arsen (intramuskulär) ohne Erfolg. Die vereinzelt vorhandenen Leukozyten erklären sich durch die Röntgenbehandlung.

Arndt weist darauf hin, daß in diesem Falle nur die histologische Untersuchung die Stellung der sicheren Diagnose ermöglichte. Bei dem klinischen Bild ist auffallend, die Lokalisation im Nacken, Schulter und oberen Extremitäten, und daß es sich um eine Frau handelt.

2. Fischel zeigt eine 56jähr. Frau mit **idiopathischer Hautatrophie**, bei der sich das Leiden seit der Menopause in akuten Schüben unter schmerzhafter Anschwellung der Haut um die Gelenke entwickelt hat. Befallen ist nur die Haut um die Gelenke. Zuerst am linken Ellenbogen, dann linker Handrücken, linkes Knie, linker Fußrücken, linkes Kniegelenk, später entwickelte es sich auf der rechten Seite in derselben Reihenfolge. Nach der schmerzhaften Anschwellung kam es jedesmal zu einer deutlichen Atrophie der Haut.

Pulvermacher: Der Beginn des Leidens mit der Menopause weist auf innersekretorische Störungen hin. Zur Sklerodermie bestehen nahe Beziehungen. Er empfiehlt die Anstellung der Abderhaldenschen Reaktion und fragt, ob sich eine Zunahme der Fälle von idiopathischer Hautatrophie habe konstatieren lassen.

Arndt: Umschriebene Herde sind in Berlin sehr häufig, 95% aller Fälle betraf Frauen in der Menopause.

Buschke weist auf die Rolle des Sympathikus bei der Sklerodermie hin und schlägt auch in ausgedehnten Fällen von idiopatischer Hautatrophie einen Versuch mit der Leriche-Brüningschen Operation (Durchschneidung des Sympathikus) vor; Erfolg wird man nur im Anfangsstadium des Leidens erwarten können.

Baum: Der Name idiopathische Hautatrophie bezeichnet nur einen Zustand des Krankheitsbildes. Umfassender ist die Bezeichnung mit Acrodermatitis atrophicans (Herxheimer), weil sie den ganzen Symptomenkomplex umfaßt. Die Sklerodermie ist von diesem scharf zu trennen.

Saalfeld empfiehlt Behandlung mit Organpräparaten.

Arndt weist auch darauf hin, daß Erythromelie und Sklerodermie zwei ganz verschiedene Leiden sind. Bei den von ihm zur Leriche-Brüningschen Operation vorgeschlagenen Fällen von universeller Sklerodermie und Raynaud sah Arndt gute Erfolge.

3. Langer (Abt. Buschke) zeigt a) ein 5jähr. Mädchen mit **universellem Leukoderma psoriaticum**. Früher nie mit Arsen oder Chrysarobin behandelt. Die Pat. wurde mit einer Psoriasis und einem vor allem über Hals und Rücken ausgedehnten Leukoderm und Erosionen am Genitale eingeliefert. Spirochäten und WR negativ. Das Leukoderm ist zum Unterschied vom Leukoderma specificum nicht einheitlich netzförmig, sondern zeigt viel Einzeldepigmentierung. An vielen Stellen kann man die Entwicklung des Leukoderms aus einem Psoriasisplaque beobachten, über dem Rücken ist es zum großen Teil an Stellen, wo keine Psoriasisplaques waren, entstanden. Es braucht also auch dem Leukoderma psoriaticum, ebenso wie beim Leukoderma specificum, kein Exanthemstadium unbedingt voranzugehen.

b) berichtet über die Verwendung von **Ektebin in der Dermatologie**. Ektebin ist eine nach Moros Vorschlag hergestellte Tuberkulinsalbe, die neben Tuberkulin und einer keratolytischen Substanz abgetötete Tuberkelbazillen humanen und bovinen Typus enthält. L. demonstriert drei Lupuskranke mit drei verschieden starken Reaktionen, die Tuberkuliden, Akritis und Folliklis und auch dem Lichen scrofulosorum ähneln. Bei Lupuskranken ist bisher stets eine Reaktion 6—24 Stunden nach der Einreibung aufgetreten, dagegen nicht bei einem Skrofuloderm und einem Erythema induratum (Bazin).

Digitized by Google

Über therapeutische Erfolge kann noch nichts gesagt werden, da die Beobachtungszeit zu kurz ist.

4. ARNDT demonstriert a) ein Mädchen mit **aleukämischer Lymphadenose der Haut** — nur geschwulstartige diffuse Infiltration am linken Ohr —. Nach partieller Exzision völlige Rückbildung.

b) 33jähr. Frau mit **Granuloma anulare** (Pirquet mittelstark, Lungen röntgenologisch und perkutorisch o. B.). Nach Exzision von drei Knötchen Rückbildung aller Effloreszenzen.

5. ÜBERSCHÄR: 73jähr. Schlächter mit schnell entstandener **Tuberculosis fungosa serpiginosa** an beiden Händen. Exogene Infection durch Typus bovinus ist wahrscheinlich. Früher bestand an der einen Hand eine Tuberculosis cutis verrucosa. Im Schnitt konnten säurefeste Stäbchen nachgewiesen werden. Histologisch zeigte sich sonst kein typisches tuberkulöses Gewebe, sondern nur chronische, entzündliche Infiltration.

BUSCHKE fragt, ob mit Sicherheit eine Bovinusinfektion festgestellt sei.

ARNDT betont, daß sich dies in diesem Falle mit absoluter Sicherheit nicht beweisen lasse.

6. HEYN zeigt einen 46jähr. Kellner mit typischen **Ulcus molle** am rechten Zeigefinger, ausgedehnter Lymphangitis am Unterarm mit zahlreichen lymphangitischen Abszessen. Streptobazillen positiv.

PINKUS: Bei den Puellen sieht man das Ulcus molle am Finger gar nicht besonders selten. Befallen ist immer der rechte Zeigefinger — nie ein anderer Finger. Es gleicht einem Panaritium, das immer von einer Eiterblase umgeben ist.

KOBRAK: **Über die klinische Bedeutung der frühsyphilitischen Erkrankungen des Innenohres.** Schlußsätze: 1. Wir kennen kein einwandfrei spezifisches Krankheitszeichen am Nervus octavus. Gleichwohl sind gewisse positive Oktavusbefunde ausschlaggebender als etwaige negative Blutreaktionen. 2. Beschwerdefreie Oktavuserkrankungen der Frühsyphilis sind relativ häufig. 3. Von besonderer Bedeutung sind die Oktavuserkrankungen im seronegativen Stadium des Primäraffektes, in theoretischer und praktischer Hinsicht. Theoretisch sollten wir zwischen Primäraffekt und Frühsyphilis (Rostsche Einteilung) ein Zwischenstadium der Lues annehmen, das man als initiale Lues bezeichnen könnte und das durch negative Blutreaktion bei positivem Oktavuszeichen charakterisiert ist. Inwieweit Okulomotoriuszeichen und Bilirubinämie als Frühsymptome zu verwerten sind, bedarf eingehender Prüfung. Praktisch sind die Oktavuserkrankungen im seronegativen Stadium des Primäraffektes von Bedeutung hinsichtlich der Prognose der Abortivkur. Bei positivem Oktavuszeichen haben Abortivkuren nicht immer mit dem gewünschten Dauererfolg zu rechnen. 4. Der Neurose (Angioneurose) des Oktavus ist bei den sogenannten Neurorezidiven größte Beachtung zu schenken, K. glaubt drei Formen des Neurorezidivs aufstellen zu können: a) Syphilitische Form. Therapie. Salvarsan oder Quecksilber. b) Syphiloneurotische Form; zuerst neurotische Therapie (Kalk eventuell vegetativ-neurotische Pharmaka), dann wieder Salvarsan oder Quecksilber (Hg kann auch während der neurotischen Therapie gegeben werden. c) Neurotische Form; Therapie neurotisch; kein Salvarsan. 5. Das Ohrlabyrinth scheint nicht der bevorzugte Sitz der syphilitischen Oktavuserkrankungen zu sein; jedenfalls nicht im Stadium der Frühsyphilis.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 9. November 1922.

BARTHÉLEMY: **Zum Protokoll.** Zu der Mitteilung in der vorigen Sitzung (von JEANSELME, BOURGUIGNON und LUCAS) über die Behandlung der Sklerodermie mit Jodkaliumionisation wird bemerkt, daß gleiche Erfolge auch anscheinend durch den galvanischen Strom allein mit einem indifferenten Elektrolyten erzielt werden können.

Digitized by Google

Rabut und Cailliau: **Parapsoriasis en gouttes.** 14jähr. Knabe, schwächlich, dürftig genährt, ohne Anzeichen kongenitaler Syphilis, jedoch verdächtig auf Vorliegen einer bazillären Disposition, auf deren Boden die Erkrankung sich entwickelt hat, wofür auch Livedo und Akroasphyxie spricht. Darier weist auf die Unterschiede der beiden Parapsoriasistypen hin, zwischen denen es Misch- oder Zwischenformen gibt.

G. Milian und M. Lelong: **Holzartige Phlegmone der Achselhöhle** (Phlegmon ligneux de l'aiselle). Harte ausgedehnte Schwellung der ganzen Schultergegend mit Fistelbildung in der Achselhöhle, aus deren Eiter ein dem Ebertheschen ähnlicher Bazillus gezüchtet wurde. Eine Röntgenaufnahme zeigt eine Rarifikation des Humeruskopfes, der ein wenig atrophisch erscheint, und eine Periostitis um die Diaphyse.

Milian und Rivalier: **Epithelioma mixtum mit gelblichen Körnern und mit Neigung zur Rückbildung** (Epithélioma mixte à grains jaunâtres et à tendance régressive). Ungefähr nußgroßer, mit einer Kruste bedeckter Tumor an der Stirn einer 80jähr. Frau. Nach Entfernung der Kruste fanden sich auf dem Grunde resistente Körner, die an Verkalkungen denken ließen. Doch wurden bei der histologischen Untersuchung, die im übrigen ein aus Basalzellen und Stachelzellen gemischtes Bild ergab und eine eigenartige spontane Regression zeigte, nicht die histo-chemischen Reaktionen des Kalkes gefunden. Die Körner waren aus Haufen von Epidermiszellen zusammengesetzt, nekrotischen Krebszellen, wahrscheinlich in Verhornung.

Hudelo, Richon und Cailliau: **Basozelluläres zystisches Epitheliom des Gesichts** (Epithelioma baso-cellulaire kystique de la face). Das Vorkommen von Zysten in Epitheliomen muß als große Seltenheit bezeichnet werden.

Milian, Sauphar und Lelong: **Drüsengummata. Flächenhafte Syphilome der Haut. Syphilitische Leber- und Milzschwellung** (Gommes ganglionnaires. Syphilomes en nappes de la peau. Hépatosplénomégalie syphilitique). Ulzeriertes Gummi des Armes, flächenhafte infiltrierte Syphilome der Thoraxwand, Drüsengummata der seitlichen Halsgegend, Schwellung der Leber und Milz. Schnelle Besserung der bisher unbehandelten Syphilis nach zwei Salvarsaneinspritzungen. In der Besprechung wird besonders von Darier auf die Ähnlichkeit mit Sarkoiden hingewiesen.

Lévy-Franckel, Cottenot und Juster: **Erfolge bei hartnäckiger Alopecia areata mit Röntgenbehandlung und Galvanisation der Schilddrüsengegend** (Résultats obtenus dans les pelades rebelles par la radiothérapie et la galvanothérapie de la région thyroidienne). Die Röntgenbehandlung ergab vier Erfolge und vier Versager, die Galvanisation ergab dreimal gute Erfolge, einen Mißerfolg.

Lebredde: **Die Irrtümer der Syphilismessung und ihre Folgen** (Les erreurs de la siphilimétrie et leurs conséquences). Unter Syphilismessung wird die Beurteilung des Standes der Syphilis bzw. ihrer Heilung auf Grund des Ausfalles der serologischen Untersuchungen verstanden; hierbei kommen falsche Beurteilungen seitens der Ärzte in Betracht, vor allem aber die Unzuverlässigkeit der direkten Ausflockungsmethode (nach Vernes), die negative Resultate auch bei offenbar manifester Erkrankung ergibt. Mehrere Fälle, in denen es dadurch zu schwerer Schädigung des Kranken gekommen ist, werden angeführt. Die reinen Laboratoriumsdiagnosen sind zu verwerfen.

Decrop und Salle: **Zwei Fälle von Verallgemeinerung der Syphilis trotz energischer, von der noch seronegativen Primärperiode an fortgesetzter Salvarsanbehandlung** (Deux cas de généralisation syphilitique malgré un traitement énergique par le novarsénobenzol poursuivis dès la période primaire, la séro-réaction encore négative). In den beiden von Beginn an mit mehrfach wiederholten Kuren behandelten Fällen trat einmal ein serologisches, einmal ein klinisches Rezidiv auf.

Lévy-Bing und Belgodère: **Linearer Naevus verrucosus am linken Arm** (Naevus verruqueux linéaire occupant le membre supérieur gauche). Das aus zahlreichen, abwärts dichter stehenden warzigen Effloreszenzen zusammengesetzte Band erstreckt sich von der Hinterfläche des Oberarmes spiralig zu der Außenfläche des Unterarmes und von da über den Handrücken zum Zeige- und Mittelfinger, also entsprechend der Ausbreitung des N. radialis oder dem entsprechenden metamerischen Gebiet.

Lacapère: **Pylorusgeschwür im Verlaufe einer Salvarsanbehandlung. Operation. Bulbärparalyse und Tod zehn Tage nach der Operation** (Ulcère du pylore au cours d'un traitement par le novarsénobenzol. Intervention. Paralysie bulbaire et mort dix jours après l'opération). Drei schwache Einspritzungen, nach deren letzter Fieber, fünf Tage später scharlachförmiges Exanthem, nach weiteren acht Tagen, als das Exanthem bereits wieder geschwunden, akute schmerzhafte Magenerkrankung;

Digitized by Google

glatt verlaufende Operation ergibt ein Pylorusgeschwür. Während der erfolgenden Heilung frische Schleimhautplaques, deshalb intravenöse Einspritzungen von Quecksilberzyanür, drei Tage später Parese aller vier Extremitäten, Zunahme der Erscheinungen trotz Fortsetzung der Behandlung, Exitus. Es besteht Übereinstimmung darüber, daß es sich um eine Manifestation der Syphilis, nicht um eine Intoxikation gehandelt hat.

Clément Simon: **Syphilis mit Schanker und Roseola. Wismutbehandlung. Akute Nephritis. Wieder aufgenommene Wismutbehandlung vollkommen gut vertragen** (Chancre et roséoles syphilitiques. Traitement par le bismuth. Néphrite aiguë. Reprise du traitement bismuthique avec tolérance parfaite). Nach der vierten Einspritzung akute Nephritis mit Kopfschmerzen, Oligurie, Albuminurie, lumbo-abdominalen Schmerzen, leichtem Anfall von Urämie. Die Erscheinungen schwinden nach zwei Wochen spontan, gleich darauf wird die Wismutbehandlung wieder aufgenommen und nun anstandslos vertragen. Die Annahme einer Wismutintoxikation ist danach ausgeschlossen, es könnte sich um eine syphilitische Nephritis (Herxheimersche Reaktion) gehandelt haben, obwohl die Albuminurie nicht beträchtlich war und Ödeme fehlten.

Lévy-Franckel und Juster: **Vitiligo mit sensiblen und sympathischen Nervenstörungen; der Sympathikusursprung der Vitiligo** (Vitiligo avec troubles nerveux sensitifs et sympathiques; l'origine sympathique du vitiligo). Bei einer 44jähr. Frau finden sich zu beiden Seiten der Taille in zosterförmiger Anordnung weiße, von einer leicht hyperpigmentierten Zone umgebene Flecke. Über ihnen ausgesprochene Hypaesthesie besonders für warm und kalt. Ferner finden sich an ihnen vom Sympathikus abhängige pilo- und vasomotorische Störungen. Die Beteiligung des Sympathikus an der Entstehung der Vitiligo erscheint sicher, sein System muß an irgend einer Stelle (im Niveau der Medulla, der Rami communicantes, der Ganglien oder der peripheren Hautnerven) von dem Krankheit bewirkenden Prozesse betroffen werden, damit die Dyschromie eintritt. Damit ist über die Ätiologie nichts gesagt, für welche vorwiegend die Syphilis in Betracht kommt.

Sitzung vom 14. Dezember 1922.

Hudelo, Richon und Cailliau: **Nicht kongenitale und nicht familiäre Erythro-Keratodermie in symmetrischen Herden** (Erythro-kératodermie en nappes symétriques, non congénitale et non familiale). Die bei dem 8jähr. Knaben im Alter von zwei Jahren aufgetretene Krankheit läßt Rumpf, Achselhöhlen und Arme frei; keine Hyperidrosis. Es besteht große Ähnlichkeit mit Pityriasis pilaris, doch ist diese auszuschließen mit Rücksicht auf den völligen Stillstand der Krankheit seit sechs Jahren, das Fehlen von eigentlichen Hornkegeln, die völlige Unversehrtheit der Haut außerhalb der keratotischen Herde und histologisch das Fehlen der desquamierenden Hyperkeratose der Follikel.

Hudelo, Rabut und Cailliau: **Fall von Parapsoriasis** (Un cas de parapsoriasis). Der noch ziemlich frische Fall zeigt eine besondere Art der Entwicklung durch die Neigung der Effloreszenzen zur Gruppierung, das Verschmelzen der ursprünglichen Elemente zu Plaques, die netzförmige Anordnung, die atrophischen Erscheinungen.

Rabut, Boutellier und Richon: **Zwei tödlich verlaufene Fälle von Erythrodermie im Gefolge der Behandlung mit Eparseno** (Deux cas mortels d'érythrodermie à la suite de traitements par l'éparséno). Die beiden Todesfälle bei einer 56jähr. Frau und einem 51jähr. Manne zeigen, daß auch intramuskuläre Salvarsanbehandlung die Intoxikationsgefahr nicht beseitigt.

Clément Simon und J. Bralez: **Akute Neuritis optica im Verlaufe einer Wismutbehandlung. Tödliche akute Meningo-Myelitis im Verlaufe einer Wismutbehandlung. Akute Meningitis einen Monat nach Beendigung einer Serie von 20 Einspritzungen von 132 aufgetreten** (Névrite optique aiguë au cours d'un traitement par le bismuth. Méningo-myélite aiguë mortelle au cours d'un traitement par le bismuth. Méningite aiguë survenue un mois après la fin d'une série de vingt injections de 132). Die Annahme, daß es sich in den beiden ersten Fällen um eine Wismutintoxikation gehandelt haben könne, wird zurückgewiesen, vielmehr muß damit gerechnet werden, daß eine Behandlung mit zu geringen Dosen die Schuld an dem Eintritt der auf die Syphilis selbst zu beziehenden Erscheinungen getragen hatte. Daß jedoch auch durch reichliche Arsendosen derartige Zufälle nicht immer zu vermeiden sind, zeigt der dritte Fall, der ganz einem der im Anfange der Salvarsanbehandlung so häufigen Neurorezidive gleicht. Im Beginn der Syphilis kommt es bei allen Medikamenten darauf an, die größtmöglichen Dosen zur Anwendung zu bringen.

Digitized by Google

Clément Simon: **Alopecia areata bei einem an frischer herpetischer Keratitis erkrankten, früher syphilisierten Kaninchen** (Alopécie peladoide en aire chez un lapin récemment atteint de kératite herpétique expérimentale et antérieurement syphilisé). Durch Überimpfung des Inhaltes von Herpes-labialis-Bläschen einer Kranken mit akuter syphilitischer Neuritis optica wurde bei einem Kaninchen eine Keratitis erzeugt, die allerdings mit Rücksicht auf vorhandene Eiterung als banale, nicht herpetische aufzufassen war. Neun Tage nach der Inokulation akut einsetzende, scharf begrenzte Alopezie unterhalb des geimpften Auges, die innerhalb dreier Wochen wieder geschwunden ist. Die Haut an der betroffenen Stelle war völlig glatt, nur vorübergehend kleine Krüstchen, wie nach einem Herpes. Die Annahme eines Haarausfalles analog dem um Impetigopusteln oder Furunkel wird abgelehnt, ebenso ein Zusammenhang zwischen Herpes und Alopezie, der noch nie beim Menschen und auch nicht bei den zahlreichen Herpesimpfungen bei Kaninchen beobachtet wurde; vielmehr erscheint von Wichtigkeit die Tatsache, daß das Kaninchen einige Monate zuvor erfolgreich am Skrotum mit Syphilis geimpft worden war, so daß man daran denken kann, daß auf einem (durch die Syphilis) vorbereiteten Terrain ein Traumatismus (Keratitis herpetica) die Alopezie hervorgebracht hat. Vom Standpunkt der Pathogenese kann die vagosympathische Theorie der mit Ophthalmien einhergehenden Alopezien zur Erklärung dienen. Sabouraud bestreitet mit Rücksicht auf die dem Haarausfall vorausgegangenen Krusten den Charakter der Affektion als Alopecia areata.

Leredde: **Über einen Todesfall nach Salvarsaneinspritzung. Zur Frage der Arsenophobie** (Sur un cas de mort après injection de 914. Au sujet de l'arsénophobie). L. wendet sich scharf gegen die durch einige Salvarsanzufälle erzeugte Salvarsanfurcht, die dazu führen kann, den Kranken die Wohltat der Behandlung mit diesem Mittel zu entziehen und die Einschränkung der Weiterverbreitung der Syphilis wieder aufzuheben. Üble Zufälle können bei jeder Methode der Syphilisbehandlung, besonders auch bei Hg vorkommen. Von den Gefahren der Salvarsanbehandlung sind die durch fehlerhafte Technik vermeidbar, die infolge Auftretens Herxheimerscher Reaktion (Apoplexia serosa, Hämorrhagien bei Ulkus, Zufälle bei Larynx-, Nieren-, Herzaffektionen) sind nur nach den ersten Einspritzungen zu befürchten und durch Beginn mit kleinen Dosen zu verhüten, die infolge von Intoleranz werden sich verringern lassen durch aufmerksame Beobachtung des gesamten Körperzustandes (Leber, Nieren, hämatopoetische Organe) vor und aller Erscheinungen (Haut, Ikterus, Albuminurie) während der Behandlung. Besonders müssen Hämorrhagien als schwerwiegende Zeichen von oft absoluter Intoleranz gelten. Zu vier früher veröffentlichten Todesfällen wird ein weiterer beigebracht, der vermeidbar gewesen wäre, wenn man gewußt hätte, daß es sich um eine Patientin mit Hämophilie handelte. Von Wichtigkeit scheint es auch zu sein, ob, was nicht selten vorkommt, ein Patient mit frischer Syphilis nicht außerdem kongenital syphilitisch ist.

Ch. Benoit: **Behandlung des Lupus durch kombinierte infra-rote und ultraviolette Bestrahlungen** (Traitement du lupus par les radiations infra-rouges et ultraviolettes associées). Ausgehend von der Beobachtung, daß die Wirksamkeit der ultravioletten Strahlen verstärkt werden kann durch eine voraufgeschickte Hyperämisierung des Gewebes, wurde eine solche erzeugt durch Bestrahlung mit einem intensiven roten und infra-roten Strahlenbündel. Die Erfolge waren ausgezeichnet.

J. Rieux und G. Delater: **Ein Fall von Lupus pernio** (Un cas de lupus pernio). Die histologische Untersuchung der Knoten ergab eine zwar anscheinend wenig maligne, aber doch dem sarkomatösen Typus nahestehende Proliferation, die zu dem Boeckschen Sarkoid in Beziehung gebracht werden muß. Für eine tuberkulöse Ätiologie sprach nichts, keine Riesenzellen, keine spezifischen Knötchen, keine Tuberkelbazillen. Auch die Charakteristika der Lymphogranulome fanden sich nicht.

Robert Soupault und Lucien Marceron: **Hartnäckiger syphilitischer Hydrarthros des Knies. Evakuierende Arthrotomie. Primäre Naht. Heilung** (Hydrarthrose syphilitique rebelle du genou. Arthrotomie évacuatrice. Suture primitive. Guérison). Die im Alter von zehn Jahren an beiden Kniegelenken aufgetretene Erkrankung war an der einen Seite spontan geschwunden, während sie an der anderen Seite trotz mehrfacher örtlicher und allgemeiner Behandlungen (Hektine, Trepol mit Rücksicht auf positive WR) unverändert blieb oder nach vorübergehender Besserung wieder exazerbierte. Operation führte zu Heilung mit völliger Wiederherstellung der Funktion. Es erklärt sich dies vielleicht durch ein bei der Operation in der Gelenkhöhle gefundenes Fibringerinsel, das einen dauernden Reiz ausübte.

Digitized by Google

P. Gastou und E. Pontoizeau: **Erythrodermie im Gefolge einer intravenösen Behandlung mit kolloidalem Wismut** (Erythrodermie consécutive au traitement bismuthique colloidal intraveneux). Seronegativer Primäraffekt. Zwei Tage nach der dritten intravenösen Einspritzung von 3 ccm kolloidalen Wismuts von Robin (in Pausen von 2—3 Tagen) papulosquamöses Erythem an Thorax, Abdomen, Weichen, leicht juckend. Wahrscheinlich toxisches Wismuterythem.

P. Gastou und E. Pontoizeau: **Pityriasis rosea von seborrhoischer Form mit vasomotorischen und urtikariellen Störungen** (Pityriasis rosé à forme de séborrhéides avec troubles vaso-moteurs et urticariens).

Jeanselme, Burnier und Rejsek: **Symmetrische Lymphome des Gesichts von leproidem Typus** (Lymphomes symétriques de la face à type léproide). Die Tumoren stellen die einzige klinische Manifestation der Leukämie dar, an der der Kranke leidet. Die Ähnlichkeit mit Lepromen ist eine so große, daß die Diagnose nur auf Grund des histologischen Befundes gestellt werden kann.

Jeanselme, Burnier und Rejsek: **Sklerodermie en plaques der Thoraxwand** (Sclérodermie en plaques de la région thoracique). Der histologische Befund bestätigte die Diagnose des Falles, der dadurch ausgezeichnet ist, daß er in ungewöhnlicher Weise mit einem gelblichen Pigmentfleck begann und keine regelmäßige, rundliche Umrandung, sondern mehrfache Ausläufer zeigt.

Raynaud, J. Montpellier, A. Lacroix: **Fall von akutem Lupus erythematosus exanthematicus** (Un cas de lupus érythémateux exanthémathique aigu). Bei einer 38jähr. Frau mit einer offenen Tuberkulose besteht seit acht Jahren ein ausgebreiteter charakteristischer Lupus erythematosus. Unter starkem Fieber mit Delirien tritt ein auffallender Rückgang der Effloreszenzen ein, dagegen entwickeln sich mit Schwinden des Fiebers heftige Knochen- und Gelenkschmerzen, sowie an den Beinen und Unterarmen miliare, kaum erhabene pupurartige Papeln, die sich allmählich nach dem Rumpf zu ausbreiten und besonders an den Gelenkgegenden lokalisieren. Einige Tage später an den Ellenbogen lentikuläre, harte, in die Haut eingelagerte, auf Druck empfindliche Knötchen ohne Veränderung der Hautfarbe. Nach weiteren acht Tagen verschwindet die Eruption mit leichter Braunfärbung, um dann noch einmal für 24 Stunden wieder aufzutreten. Exitus letalis. WR negativ, ebenso bakteriologische Untersuchung des Blutes und Impfung von Meerschweinchen. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde, von Jul. Misch-Berlin. (2. Auflage, 2 Bände mit 588 teils farbigen Textabbildungen. Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig 1922.) Die sehnlichst erwartete 2. Auflage von Mischs Grenzgebieten liegt nunmehr in zwei stattlichen Bänden vor uns. War schon die erste Auflage sehr geschätzt — von den Studierenden als Repetitorium, vom Praktiker als wertvolles Nachschlagebuch — so wird sich die Neuauflage erst recht viele neueFreunde zu den alten erwerben. Der Kenner ist überrascht über die bedeutende Vermehrung des Inhaltes, der in 10 Abschnitten die Grenzgebiete in eingehender Weise, man kann wohl sagen erschöpfend behandelt. Dieser Erfolg ist unstreitig der Idee des Herausgebers zu verdanken, nämlich für die einzelnen Abschnitte geeignete Mitarbeiter zu gewinnen und sein eigenes zahnärztliches Wissen, vermehrt durch gründliche Kenntnis der Literatur, hinzuzufügen. Für den Praktiker, sei er Arzt oder Zahnarzt, ist es ein hoher Genuß, sich in die einzelnen Kapitel zu vertiefen und den Wechselbeziehungen zwischen den Erkrankungen des Zahnsystems und denen der benachbarten Organe nachzuspüren. Mischs Verdienst ist es, diese Zusammenhänge klargelegt und bis in die feinsten Einzelheiten verfolgt zu haben. Im Rahmen einer kurzen Besprechung ist es nicht möglich, auch nur andeutungsweise den Inhalt des Buches wiederzugeben. Aus der Fülle des Stoffes seien nur Einzelheiten hervorgehoben, die speziell für den Dermatologen von Interesse sind. Die Entzündungen der Mundschleimhaut und die genuinen Erkrankungen des Mundes werden überaus klar und präzise abgehandelt, hier sowie in anderen Abschnitten an der Hand von naturgetreu wiedergegebenen farbigen Textabbildungen. Das Kapitel „Hautkrankheiten" wird auf 163 Seiten abgehandelt, in ihm kommt so recht zum Ausdruck, welche mannigfachen Wechselbeziehungen zwischen Mundgebilden und der äußeren Haut sowie anderen Organen bestehen. Von anderen Abschnitten seien hervorgehoben:

Digitized by Google

Syphilitische Erkrankungen von Mühsam, Nervenerkrankungen von Kron. Dankenswert ist, daß der Verf. auch die Gewerbekrankheiten (Koelsch) seinem Werke einverleibt hat. Ausstattung und Druck sind vorzüglich und verdienen vollstes Lob. Das Buch darf in keiner ärztlichen resp. zahnärztlichen Bibliothek fehlen. F. Krille-Hamburg.

Leitfaden der Kosmetik für Ärzte, von Fritz Juliusberg-Braunschweig. (Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1922. 144 S.) Die im wesentlichen einen Teil der Dermatologie bildende Kosmetik wird in deren Lehrbüchern mitberücksichtigt, und eine Sonderdarstellung der Kosmetik kommt leicht in Versuchung, dermatologisch-therapeutische Fragen zu behandeln, über deren kosmetische Bedeutung man zweifelhaft sein kann. Seinem Titel nach wäre das vorliegende Büchelchen nicht als ein Leitfaden der dermatologischen Kosmetik oder als ein solcher für Dermatologen aufzufassen, und es hätte deshalb vielleicht auf eine Besprechung der zu großer Vollendung gelangten, sicher als kosmetisch zu bezeichnenden chirurgischen Eingriffe an Ohren und Nase nicht verzichtet werden sollen. Was Verf. über Kosmetik vom dermatologischen Standpunkt aussagt, ist sowohl in dem ersten, die Hilfsmittel der Kosmetik behandelnden Abschnitte, wie in dem zweiten, der sich mit der Pflege der Haut, Haare, Nägel und der Mundhöhle beschäftigt, übersichtlich und gut verständlich dargestellt, und in dem dritten Abschnitte, der die kosmetisch in Betracht kommenden Hautkrankheiten in alphabetischer Anordnung behandelt, wird dem Praktiker Gelegenheit gegeben, sich schnell über ein einzuschlagendes therapeutisches Vorgehen zu unterrichten. Zu loben ist, daß Verf. sich bei den einzelnen Leiden auf verhältnismäßig wenige Rezepte beschränkt und nicht durch Anführung möglichst aller jemals empfohlenen Medikamente der Leser schließlich nur verwirrt. Wer diese oder jene ihm lieb gewordene und als gut erprobte Maßnahme vermißt, soll daher mit dem Verf. deshalb nicht rechten. Im ganzen also sicher ein gut verwendbares Buch, in dem man nur die Preisangaben für die erwähnten Medikamente, die wohl schon beim Erscheinen überholt waren und jetzt wie aus Urzeiten anmuten, gern vermissen würde. E. Levin-Berlin.

Das Geschlechtsleben des Menschen, von Placzek-Berlin. (Georg Thieme, Leipzig 1922. 205 Seiten.) Dieses kleine Werk, daß nur ein Grundriß für Studierende, Ärzte und Juristen zu sein vorgibt, kann zur Einführung in das interessante, wenn auch heikle Gebiet nur bestens empfohlen werden; aber auch der schon mit einigen Kenntnissen ausgerüstete Arzt wird das Buch mit Interesse und Nutzen zur Hand nehmen. Vor allen Dingen fällt angenehm auf, daß Verf. sich einer großen Objektivität befleißigt und mancherlei Übertreibungen, welche gelegentlich in größeren Werken anzutreffen sind, glücklich vermeidet. Nach einer kurzen Schilderung der Anatomie der männlichen und der weiblichen Geschlechtsorgane bespricht er anschaulich das Geschlechtsleben des Kindes, die geschlechtliche Frühreife, die Erscheinungsformen der Pubertät, den Geschlechtsdrüsenausfall und den normalen und abnormen Geschlechtstrieb. Literaturverzeichnis und Register erhöhen die praktische Brauchbarkeit der sorgsam durchgeführten Arbeit. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Sind intravenöse Kampferölinjektionen unschädlich? (Les injections intraveineuses d'huile camphrée sont-elles inoffensives?), von L. Cheinisse. (Presse méd., 1922, Nr. 52, S. 558.) Mitteilung eines Falles von sofortigem Tod an Embolie nach intravenöser Injektion von 3,5 ccm Ol. camphorat. bei einer Frau. Ablehnung der Ansicht von B. Fischer über weitgehende Unschädlichkeit von intravenösen Ölinjektionen. S. Bommer-Heidelberg.

Argyrie und Kollargol, von H. Koller-Aeby. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 40.) Entgegen den Mitteilungen Toblers über chronische und universelle Argyrie nach intravenöser und peroraler Kollargoldarreichung betont K., daß deren Bedeutung nicht in dem Hinweis auf die Gefahren des Silbers in Form der Argyrie usw. beruhen, sondern in dem indirekten Nachweis, daß das Silber vom Körper außerordentlich gut und ohne Schaden vertragen wird, und daß, wenn Schädigungen auftreten, diese nicht dem Silber, sondern ausschließlich einer unsachgemäßen Anwendung zur Last fallen. Das trifft auch auf die Einnahme des Kollargols per os zu, die von der falschen Voraussetzung

Digitized by Google

ausgeht, daß dasselbe im Körper als Kollargol wirke. Die sonstigen Silberpräparate haben mit den Gefahren des Kollargols nichts zu tun, die größere Gefahr der Metallkombination ist nicht der Silberkomponente, sondern dem As oder Hg zuzuschreiben. Das Silber ist im Vergleich mit allen übrigen Körpern der Pharmakopöe außerordentlich unschädlich. E. Levin-Berlin.

Ein neues Ichthyolpräparat Detathyol, von Rudolf Lackenbacher, Abt. Ehrmann-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 40, S. 1625—1627.) Das Detathyol wird aus bituminösem Gestein, das in den Fogarascher Bergen gebrochen wird, hergestellt, ist von schwarzbrauner Farbe, ziemlich zähflüssiger Konsistenz, in seiner jeweiligen Zusammensetzung mit Salben aber fast farblos, geruchlos. Die Wäsche leidet nicht. Zur Behandlung eignen sich besonders Ekzeme, nachdem die ersten Reizerscheinungen abgeklungen sind, auch ganz veraltete und anderweitig vorbehandelte, und alle Arten juckender Dermatosen. Die Detathyol-Schüttelmixtur (2—5%) wird bei akuten Fällen, 2—5%iges Detathyolvaselin mehr bei chronischen, mit Seborrhoe verbundenen Fällen angewendet. M. Stern-München.

Zur Biologie der Thiosulfate, von F. Bauer, Phys.-chem. Anstalt d. Universität Basel. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 44.) Thiosulfat ist wahrscheinlich ein regelmäßiges intermediäres Stoffwechselprodukt, kann aber auch, da sich umgekehrt sehr leicht Schwefel aus ihm abspaltet, im Organismus als Schwefelquelle dienen und durch dessen Abgabe giftige Verbindungen entgiften (Bildung von Rhodanid aus Zyankali). Die Thiosulfate enthalten Schwefel, der leicht reduziert, und schweflige Säure, die leicht oxydiert wird, und zerfallen leicht in diese beiden Stoffe. Die Überführung des Zyankali in Rhodan gelingt besonders leicht mit Polysulfid. Versuche, ob im Gärungsversuch, als Modell der intermediären Atmung, das Thiosulfat wie ein Polysulfid wirken kann, ergaben, daß dies durchaus nicht der Fall ist und daß das Thiosulfat direkt als Antikörper des Polysulfids angesprochen werden kann. Überträgt man die hier an anorganischem Material gefundene Bildung des Antikörpers direkt aus dem Antigen auf die bakteriologischen Befunde (Antitoxin, Agglutinin, Opsonin), so wird das struktur-geometrische Verhältnis, das in ihrer bestimmten räumlichen Gestalt Zueinanderpassen von Antigen und Antikörpern verständlich. Die Bildung von Thiosulfat beim Menschen kann man auch daraus vermuten, daß beim Schwitzen in der Bettwärme nach einem Schwefelbade ein deutlicher Geruch von schwefliger Säure auftritt, die wahrscheinlich von dem durch den Schweiß aus dem im Schwefelbad als Polysulfid resorbierten und in der Haut als Thiosulfat zirkulierenden Schwefel stammt. Aus diesen und anderen Versuchen ist der Schluß zu ziehen, daß der dem Organismus im Eiweiß zugeführte Schwefel als kalorisches Material kaum von Bedeutung, jedoch als plastisches Material von großer Wichtigkeit ist, daneben auch ein sehr brauchbares Werkzeug (ähnlich den Vitaminen), für das der Organismus einen Regulationsmechanismus bereitstellen kann. E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Schwefelwirkung, von Jos. Markwalder-Baden (Schweiz). (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 44.) Der Schwefel wirkt langsam, sein Reaktionsvermögen ist charakterisiert durch das Einsetzen von Nebenvalenzen, Nebenaffinitäten, er ist ein Komplexbildner, und zwar bildet er Moleküle verschiedener Größe, kolloide Lösungen jeden Dispersionsgrades, Sulfide, deren Schwefelgehalt um das fünffache wechseln kann. Die leichte Anlagerung von Schwefel an bestimmte Moleküle muß zu einer allgemeinen ausgeprägten Reaktionsfähigkeit des Schwefels führen. Bei diesen Komplexbildungen handelt es sich um Oxydationen durch Mobilisierung und folgende Abspaltung von Wasserstoff. So ist der Schwefel ein ausgezeichnetes Oxydationsmittel, als solches wirkt er auch im intermediären Stoffwechsel und erreicht Oxydation bzw. Dehydrogenisation von Stoffen, die beim Rheumatiker oder Arthritiker nur langsam oder gar nicht oxydiert werden und in den Geweben verbleiben. E. Levin-Berlin.

Über Erfolge mit Thorium-X- (Doramad-)Salbe, von E. Forster-Buer. (D. m. W. 1922, Nr. 41, S. 1385—1386.) Mitteilung von rasch eintretender Heilung durch Verwendung von Doramadsalbe bei einem Fall von chronischem nässenden Ekzem, bei zwei Fällen von Sycosis vulgaris und schließlich einem Fall von Lupus erythematodes des Ohres. F. Harry-Berlin.

Über Doramadbehandlung in der Dermatologie, von Max Jessner-Breslau. (Kl. W., 1922, Nr. 34, S. 1697.) Unter Heranziehung einer ausführlichen Literatur bespricht Verf. Zusammensetzung, Dosierung, Anwendungstechnik und Indikationen für die Doramadanwendung. Zu den mit Erfolg behandelten Erkrankungen gehören Psoriasis, chronische Ekzeme, Lichen Vidal und Naevus flammeus. Unter den zum Teil erfolglos,

Digitized by Google

zum Teil mit günstiger Wirkung behandelten finden sich Lupus erythematodes, Lichen ruber, Granulosis rubra nasi, Sklerodermie en plaques u. a. E. Langer-Berlin.

Die Aktivierung der Körperzellen und der Infektionserreger (Studien über Immunität und Virulenz), von Wolfgang Weichardt-Erlangen. (Kl. W., 1922, Nr. 35, S. 1725.) Unter dem Begriff der Proteinkörpertherapie dürfen nicht nur einzelne Erscheinungen verstanden werden, sondern die gesamte Reaktionsänderung des Organismus. Wir müssen eine allgemeine Leistungssteigerung erzielen. Klinisch wichtig und interessant sind die Aktivierungen, die im Organismus die Reizschwelle für spezifisch bekannte Gifte ändern, desgleichen die Verstärkung von Arzneimittelwirkung durch Verabfolgung von Proteinen. Auch an Bakterien läßt sich experimentell der Einfluß leistungssteigernder Mittel auf ihre Fermentfunktionen feststellen. Verf. berichtet im folgenden vor allem über Versuche mit Streptokokken, auf die er abiurete wirksame Extraktstoffe aus Meerschweinchenorganen hat einwirken lassen. Ausgiebige Tabellen belegen die Ergebnisse, die ausführlich im Original nachgesehen werden müssen.

E. Langer-Berlin.

Theorie und Praxis der Proteinkörperwirkung, von A. Schittenhelm-Kiel. (M. Kl., 1922, Nr. 30, S. 949.) Es wird auf Müllers Bericht über parenterale Milchinjektionen bei staphylogenen Erkrankungen der Haut, Erysipel und Trichophytie sowie Bubonen hingewiesen und auf die Erfolge von Gärtner mit Kaseosan. Ferner werden die Klingmüllerschen Beobachtungen über die Wirkung von Terpentininjektionen bei Staphylomykosen, Furunkulose usw. besprochen und die Erfahrungen von Scholz über die Wirkung von intravenösen Traubenzuckerinjektionen (10—30 ccm einer 25—30%igen Lösung) bei akuter Dermatitis, Ekzemen usw. Aus der theoretischen Erörterung ist zu entnehmen, daß das Problem der Proteinkörperwirkung noch durchaus nicht geklärt ist. Es ist verfrüht, von Kolloidtherapie (wie Luithlen) oder von kolloidoplastischer Therapie (wie Widal) zu sprechen. Es ist zu erwarten, daß sich auch Unterschiede in der Wirkungsweise einzelner Eiweißstoffe finden werden, und daß die gemeinsamen Wirkungen, die als Gruppenreaktionen zu bezeichnen sind, sich abtrennen lassen von den speziellen des einzelnen Stoffes. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Untersuchungen über das Verhalten der Blutplättchen bei parenteral zugeführten Reizstoffen, von Rudolf Stahl, Med. Univ.-Kl. Rostock. (Kl. W., 1922, Nr. 43, S. 2132.) Vorgenommene Blutplättchenzählungen nach der Methode von Fornio im Anschluß an intravenöse Injektionen von Sanarthrit-Heilner ergaben, daß bei verschiedenen Personen — bei übereinstimmenden Kontrollzählungen der Einzelpersonen — bald eine Vermehrung, bald eine Verminderung festzustellen war. Daher sind im Anschluß an Reizstoffinjektionen die Blutplättchenzählungen nur mit Vorsicht und Kritik verwertbar. Es findet sich also eine ausgesprochene individuelle Variabilität in der Reaktionsweise. Den Blutplättchenabfall sucht Verf. auf Grund anderweitiger Tierversuche vielleicht durch eine vorübergehende Agglutination in den inneren Organen zu erklären. Plättchenverminderung geht stets dem Fieberanstieg voraus.

E. Langer-Berlin.

Über Proteinkörpertherapie, von M. Matthes-Königsberg. (Kl. W., 1922, Nr. 44, S. 2169.) Verf. bespricht eigene und seiner Schüler Versuche über die Wirkung parenteral zugeführter Albumosen, von denen er einen dem Tuberkulin in seiner Wirksamkeit auf den tuberkulösen Organismus gleichen Einfluß feststellen konnte. Die Wirkung der Deuteroalbumosen ist bei den einzelnen Präparaten verschieden, ebenso reagieren die verschiedenen Tierarten nicht gleichmäßig. Die parenterale Albumosenzufuhr veranlaßt eine starke Zunahme der Stickstofferscheinung, die den Stickstoffgehalt der eingeführten Albumosen übertrifft. Die Rolle der eiweißabbauenden Fermente und ihre Einwirkung auf die parenteral verabfolgten Albumosen wird eingehend besprochen. Die Verdauungsfermente können nur abgestorbenes oder geschädigtes Gewebe angreifen. Ob der Abbau des Körpereiweiß unter normalen Verhältnissen hydrolytisch oder nur oxydativ vor sich geht, ist noch nicht geklärt. Die Wirkungsweise des Trypsins bespricht Verf. genauer. Die verschiedenen Theorien über die Wirkungsart der parenteralen Eiweißkörper resp. der Reizstoffe werden nebeneinander aufgeführt. Vorläufig ist eine endgültige Lösung der Frage nicht vorhanden. E. Langer-Berlin.

Die Proteinkörpertherapie in der Dermatologie und Venerologie, von A. Buschke und E. Langer. (M. Kl., 1922, Nr. 24, S. 758—759.) Verff. haben mit der Reiztherapie als die übrigen Methoden unterstützender Behandlung bei begrenzten Indikationen gewisse Erfolge erzielt, sehr selten völlige Ausheilungen allein mit dieser Behandlung.

G. Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Betrachtungen zur unspezifischen und spezifischen Reiztherapie, von Walter Vermehren-Berlin. (Zbl. f. inn. M., 1922, Nr. 40, S. 649.) Verf. macht darauf aufmerksam, daß, wenn man bei Furunkulose Milch (Protein) injiziert, man eine schnellere Einschmelzung der bestehenden Furunkel erreicht, daß aber trotzdem noch weitere Furunkel auftreten, worauf schon Langer hingewiesen hatte. Injiziert man aber Staphylokokkenvakzine (Opsonogen), so bleiben weitere Furunkel aus. So besteht also eine Überlegenheit der spezifischen Vakzination über die unspezifische Proteinkörpertherapie. So empfiehlt Verf. auch andererseits eine Opsonogentherapie bei allen Furunkeln, um die mitunter viel gefährlicheren Metastasen, Nierenabszesse, hintanzuhalten. Nürnberger empfiehlt aus demselben Grunde auch bei der puerperalen Mastitis die Opsonogentherapie. Bei Säuglingen wirkt auch das Opsonogen nicht besser als Protein, da ihre aktiven Immunstoffe noch nicht gebildet sind (Langer).

A. Rosenburg-Berlin.

Zur Frage der Reizkörpertherapie mit besonderer Berücksichtigung der Dosierung, von F. Glaser und Buschmann-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 9, S. 271—272.) Das wichtigste Gebiet der Reizkörpertherapie bilden in der inneren Medizin die subakuten Gelenkerkrankungen, wie Verff. auf Grund eigener Beobachtungen unter eingehender Berücksichtigung der Literatur darlegen; aber auch beim Erysipel und Barttrichophytie hatten sie damit gute Erfolge. Beim Erysipel sahen sie bei intravenöser Injektion von 2 ccm einer 2%igen Kollargollösung öfters schnelle Entfieberung eintreten. Die Trichophytie heilte in vielen Fällen unter Einspritzen von 10 ccm Aolan schnell ab; aber blennorrhoische Epididymitiden und Gelenkerkrankungen reagierten nicht günstig auf Yatrenkasein. Ein wichtiger Teil der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf den Nachweis der Lipoide im Blut nach Gabbe (Glyzerinüberschichtungsprobe) als Dosierungsreaktion der Reiztherapie. Nach den hier mitgeteilten Beobachtungen ist diese Probe nicht verwendbar, da sie bei völlig fettfreier Diät stets negativ ausfällt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Ergebnisse der Nahrungsmittelanaphylaxis bei kutaner und intrakutaner Methode. Der Einfluß von Arsenpräparaten auf die anaphylaktischen Nahrungsmittelreaktionen (The Results in Food Anaphylaxis Obtained by Cutaneous and Intracutaneous Methodes: The Influence of Arsenical Preparation on the Anaphylactic Reactions), von Albert Strickler-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 10, S. 808 bis 809.) Verf., der sich besonders mit dem Gebiet der Nahrungsmittelanaphylaxis beschäftigt, hat an 58 Fällen Experimente mit Einverleibungen (kutan und intrakutan) von verschiedenen Eiweißstoffen gemacht. Seine Versuche, die einen Vergleich zwischen den beiden Einverleibungsmethoden zum Ziele hatten, ergaben, daß nur eine unbedeutende Verschiedenheit zwischen beiden Methoden besteht. Arsenpräparate, oral wie intravenös gegeben, haben keinen materiellen Einfluß auf die Nahrungsmittelproben der Haut gezeigt.

F. Quasig-Hamburg.

Über das Indikationsgebiet der Chlorkalziumtherapie, von P. Bernhard, Marien-Hosp. Mühlheim (Ruhr). (D. m. W., 1922, Nr. 41, S. 1375—1376.) Von dermatologischem Interesse sind die guten Erfolge des Verf. bei Pruritus unbekannten Ursprungs, beim Säuglingsekzem, bei hartnäckigem nässenden Ekzem.

F. Harry-Berlin.

Beschwerden nach intravenösen Afenilinjektionen, von Fr. Mock-Nauheim. (D. m. W., 1922, Nr. 44, S. 1486.) 3—6 Stunden nach der Injektion traten Schwere- und Müdigkeitsgefühl in den Beinen, ferner Kreuz- und ischiasartige Schmerzen auf. Die Beschwerden hielten 12 Stunden an. Die gleichen Erscheinungen traten auch nach Traubenzuckerinfusionen auf.

F. Harry-Berlin.

Zur Technik der Bluttransfusion, von H. F. Höst, Med. Abt. Rikshosp. Kristiania. (D. m. W., 1922, Nr. 39, S. 1302—1304.) Verf. hat im Laufe von drei Jahren etwa 100 Zitrattransfusionen ausgeführt und niemals irgend welche Folgeerscheinungen beobachtet. Gefährliche Folgen für den Patienten kommen nur dann vor, wenn die Transfusion Hämolyse und Agglutination hervorruft. Da Hämolysine im Blute niemals ohne Agglutinine vorhanden sind, wird die Agglutinationsprobe als Vorprobe zur Untersuchung des Blutes des Spenders empfohlen.

F. Harry-Berlin.

Sterilisation von Injektionsnadeln. (Pharm. Zentralh., 1922, Nr. 26, S. 341.) Die Nadeln werden eine Stunde lang in eine 3%ige Lösung von Paraffin und Chloroform gelegt; das Paraffin soll das Festhalten des Blutes und somit das Rosten verhüten.

F. Hirsch-Ulm.

Digitized by Google

Arzneiexantheme. Gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis.

Anaphylaxie gegen Ipekakuanha, Desensibilisation auf subkutanem Wege (Anaphylaxie à l'ipéca, un cas d'ezcéma par contact avec l'émétine, un cas d'asthme par incabation de poudre d'ipéca; Desensibilisation par voie souscutanée), von F. Widal, P. Abrami und Ed. Joltrain. (Presse méd., 1922, Nr. 32, S. 341—343.) Es werden zwei interessante Beobachtungen mitgeteilt, indem bei dem einen Pat. sich durch Berührung mit Emetin, beim Anfertigen von Pillen in der pharmazeutischen Offizin ein Ekzem des Gesichts entwickelte, während der andere Pat. 28 Jahre hindurch schon auf die bloße Anwesenheit der Droge mit Asthmaattacken reagierte und schließlich so empfindlich wurde, daß er sich nicht einmal in seiner Apotheke ungestraft aufhalten konnte. Nach langwierigen Beobachtungen über den Verlauf der Kutireaktion, wobei anfangs die Anwendung einer Injektion von Ipekakuanha 1:80000 asthmatische Krisen auslöste, gelang es unter Darreichung von Belladonna als Gegenmittel vor der Injektion die Ipekakuanhalösung die Toleranz allmählich so zu steigern, daß der Pat. auch beim Arbeiten mit der Droge frei von Attacken blieb. Auch beim anderen, 24 Jahre alten Pat. handelte es sich um Anaphylaxie. Die mit Emetin ausgeführte Kutireaktion bewirkte schon bei minimalen Dosen eine charakterische ekzematöse Entzündung, und bei geringer Steigerung der angewandten Dosis (subkutane Injektion von 1 ccm einer Lösung von 1:1000) erfolgte prompt ein Ausbruch des Gesichtsekzems. Durch Verabreichung von allmählich gesteigerten subkutanen Injektionen wurde relativ schnell völlige Heilung erzielt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Untersuchungen über Gewerbedermatitiden (Discussion on Occupational Dermatitis), von W. J. O'Donovan. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3220, S. 499.) Zwecks Studiums der Gewerbedermatosen ist eine genaue, ins Einzelne gehende Anamnese, gegebenenfalls Nachforschungen und Untersuchungen des schädigenden Agens erforderlich. Unter Beibringung von Darstellungen einschlägiger Fälle schildert Verf. die Folgen dauernden Drucks (z. Malerpinsel, Trauring usw.): Hyperkeratosen und Krebs; des Schmutzes: Dermatitis; des Wassers: Ausschläge; der Beschäftigung in der Nahrungsmittelindustrie: allerlei Exanthem; desgleichen solche als Folgen der Beschäftigung mit Ölen, Häuten (Pilzerkrankungen), Teer, in Färbereien usw. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden, das auch eine Reihe kasuistischer Beiträge mehrerer Diskussionsredner bringt. E. Sklarz-Berlin.

Die Gewerbedermatosen bei schottischen Paraffinarbeitern (The Occupation Dermatoses of the Paraffin Workers of the Scottish Shale Oil Industry), von Alexander Scott. (Brit. m. J., Nr. 3217, S. 381—385.) Das rohe oder halbfertige ölige Paraffin gibt Anlaß zu mancherlei Hautaffektionen als Komedonen, Follikulitis und follikulärer Dermatitis, pustulöser Dermatitis, Dermatitis (Erythema) papularis, Erythema simplex, Dermatitis erythematosa und Epitheliomen (Paraffinkrebs). Die Komedonen sitzen vor allem um die Ellenbogen; die papulöse Dermatitis ist die häufigste Erkrankungsform, bei der die einzelnen Effloreszenzen bisweilen Hyperkeratose aufweisen. Lokalisiert ist sie meist an den Unterarmen, hauptsächlich an deren Ulnarseite, an den Handgelenken und Handrücken. Karzinome wurden erst vom 37. Lebensjahr ab beobachtet, sie saßen in der Mehrzahl am Skrotum (47,7%), an Armen und Händen (32,3%), die Prozentzahl der Epitheliome im ganzen betrug innerhalb 22 Jahren $1^1/_2$%, in 1 Jahr noch nicht 0,1%. Es prädisponieren für Krebs das Alter, Dauer der Beschäftigung und Idiosynkrasie. Die Dermatosen exazerbieren im Winter. Schutzkleidung für die Arbeiter hat sich passend noch nicht herstellen lassen. Versuche mit Leder- und Gummianzügen haben sich nicht bewährt. Das Wichtigste stellt äußerste Sauberhaltung und die prophylaktische Verwendung von Rizinusöl zum Schutz der Haut dar, da es durch die Öle der Paraffreihe nicht gelöst wird. Die Behandlung der Komedonen besteht in Expression, der Dermatitiden in der Anwendung milder antiseptischer Pasten und Salben, um Sekundärinfektionen zu verhüten, bei akuten Formen besonders Ichthyol und Bleiverbindungen. Gegen Warzenbildung wird Salizyl, Chromsäure und Kohlensäureschnee angewandt, wachsen sie zu schnell, so ist radikale Exzision am Platze. E. Sklarz-Berlin.

Bakteriologische Untersuchung von Hauterkrankungen hervorrufenden Verschnittölen (A Bacteriological Study of Cutting Oils Causing Skin Lesions), von R. C. Rosenberger-Philadelphia. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 7.) Für das Auftreten der verschiedenen akneiformen und ulzerativen Dermatitiden, Follikulitiden, Furunkeln bei Arbeitern, die mit der Herstellung von Verschnittölen oder Verwendung

Digitized by Google

im Betriebe beschäftigt sind, nahm man verschiedene Ursachen an. In Betracht kommen persönliche Idiosynkrasie, mechanische Reizungen durch scharfe, in dem Öl enthaltene Metallpartikel, chemische, in ihm enthaltene Irritantien (höhere Paraffine, Benzene, Xylene, Toluene), Infektionskeime (Staphylokokken), anatomische Besonderheiten der Haut (Schweißdrüsen, Haarfollikel). Eine Hauptrolle bei der Vermeidung der Hautaffektionen spielt weitgehende persönliche Sauberkeit der Arbeiter, die Beimengung von antiseptischen oder keimtötenden Mitteln zu dem Öl scheint kaum einen prophylaktischen Einfluß auszuüben. Der Nachweis von Staphylokokken oder Streptokokken in frischem oder gebrauchtem Öl ist außerordentlich selten, und deshalb sollte gelegentlich die behauptete Gegenwart dieser Organismen in frisch hergestelltem Öl nicht als Ursache der Hautaffektionen betrachtet werden. E. Levin-Berlin.

Zur Tintenstift-Gewebsnekrose, von E. Glass-Hamburg. (D. m. W., 1912, Nr. 41, S. 1383.) Mitteilung eines Falles von Tintenstiftverletzung, die mit Gewebsnekrose einherging. Auffallend war die starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Die Therapie bestand in Entfernung des Tintenstiftfremdkörpers und Exkochleation des nekrotischen Gewebes. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß die Tintenstiftverletzung zuerst symptomlos verlief und erst durch ein zweites Trauma in Erscheinung trat. F. Harry-Berlin.

Dermatitis artefacta (Dermatitis artefacta), von George H. Lancashire. (Brit. med. J., 1922, Nr. 3220, S. 504.) Unter Ausschluß der Fälle, bei denen ein Mensch durch selbst gesetzte Dermatitiden einen bestimmten, quasi vernünftigen Zweck (Entziehung vom Heeresdienst usw.) verfolgt, berichtet Verf. über einige Fälle von Selbstbeschädigungen an der Haut. Er teilt diese, die das Gebiet der Hysterie betreffen, in vier Klassen ein, je nachdem, ob der Pat. Mitleid oder Beobachtung auf sich lenken will, ob er sich gleichsam nur in eigener Genugtuung verletzt, ob die Beschädigung einem plötzlichen, unkontrollierbaren Entschluß entspricht (vielfach ist die letzte Ursache nicht zu ermitteln) oder ob sie schließlich nur eine schlechte Angewohnheit, ähnlich dem Nägelkauen darstellt. Die Diagnose stützt sich auf psychologische Beobachtung, die Therapie auf möglichst taktvolle, psychische Beeinflussung. E. Sklarz-Berlin.

Über Injektionsphlegmonen, von Stefan Budai, Hlg. Ladilausspital Budapest. (Ther. d. Gegenw., 1922, Nr. 9, S. 358—359.) Kampferabszesse treten nicht nur nach Grippe auf, sondern wurden nach Typhus, Scharlach, Masern beobachtet, aber stets handelte es sich um Fälle mit schwerster Kreislaufstörung. Technische Fehler der Injektion spielen eine gewisse Rolle. Das schwer resorbierbare Kampferöl macht selten in der oberen, lockeren Subkutis Abszesse, dagegen häufig im gefäßarmen Gewebe (Faszien usw.). Koffein allein injiziert erzeugt in hochprozentiger Lösung nur Rötung und Schwellung, mit Kampfer kombiniert, steigert es die Reizung desselben. Derartige Abszesse oder Phlegmonen treten nicht nur beim Kampferöl auf, sondern auch nach Seruminjektionen (Di). Aus solchen Kampferabszessen ließen sich in mehreren Fällen von Pneumonie und Typhus Reinkulturen von Pneumokokken bzw. Typhusbazillen züchten. Es muß deshalb als unrichtig bezeichnet werden, Kampferabszesse als Spätkomplikation von Grippe aufzufassen. A. de Lemos-Hamburg.

Fall eines künstlichen Abszesses durch Einführung von Quecksilber unter die Haut, von Serdjukoff, Kriegslazarett Samara. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 174, H. 1—4.) Infolge einer Einspritzung, die sich ein Soldat, um Urlaub zu erhalten, hatte machen lassen, entwickelten sich an der Wade und am Fuße Infiltrate mit blaurot verfärbter Haut. Bei der Inzision entleerte sich ganz wenig Blut und trübe eitrige Flüssigkeit, die Quecksilberkügelchen enthielt; aus dem einen Infiltrat gewann man $^1/_4$ Teelöffel reines Quecksilber, das nicht amalgamiert war. Erscheinungen von Quecksilbervergiftung waren nicht aufgetreten. E. Levin-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Über eine Veränderung des Glykogens durch Belichtung, von Gustav Bayer-Innsbruck. (Biochem. Zschr., 1921, Bd. 124, S. 97.) Verf. konnte an Glykogen, das zum Teil in Sonnenlicht, zum anderen Teil im Dunkeln ein Jahr lang aufgehoben wurde, weitgehende chemische Differenzen bezüglich der Löslichkeitsverhältnisse dieser beiden Präparate feststellen, desgleichen fanden sich auch zwischen den beiden Präparaten bei mikroskopischer Betrachtung auffällige Verschiedenheiten. E. Langer-Berlin.

Zur Theorie der zellfunktionserhöhenden Röntgenstrahlen, von M. Fraenkel-Charlottenburg. (D. m. W., 1922, Nr. 34, S. 1136—1137.) Reizstrahlen im Sinne des

Digitized by Google

Verf. sind nicht identisch mit kleinen Strahlenmengen oder mit Strahlen, die auf eine Geschwulst reizend, d. h. wuchernd einwirken. Verf. verweist auf seine Arbeit in der Strahlenther., 1921, H. 3/4, in der er die Spannweite der Reizdosen für die endokrinen Drüsen angibt. Zur Funktionssteigerung ist jeweils eine Dosenmenge erforderlich, die von dem Zustande abhängt, in dem das zu steigernde Organ sich befindet. Es gibt daher keine absolute Dosis für eine bestimmte Krankheit. Organe und Gewebsteile, die nicht radiosensibel sind, werden es, wenn sie sich in pathologischem Zustand befinden. Das Karzinom darf nicht mehr als lokale, sondern muß als konstitutionelle Erkrankung angesehen werden. Die Ansicht, daß junge Ca-Zellen radiosensibler als alte sind, besteht nicht mehr zu Recht. F. Harry-Berlin.

Über die Röntgenhypersensibilität der Haut, besonders bei innersekretorischen Störungen, von L. Haas-Budapest. (D. m. W., 1922, Nr. 34, S. 1134 bis 1136.) Bei Psoriasis, Basedow, Ekzema seborrhoicum, ferner bei Pruritus und Lichen simplex chronicus besteht eine Überempfindlichkeit gegen Röntgenstrahlen. Letztere beruht warscheinlich auf endokrinen Störungen. Die Hypersensibilität kann sich an einzelnen oder gleichzeitig mehreren oder an allen Bestandteilen der Haut äußern. Die Hautdosis stellt keinen einheitlichen Wert dar. F. Harry-Berlin.

Ziele und Grenzen der Röntgentherapie, von Bucki-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 11, S. 401—403.) Verf. weist auf die Gefahren hin, in der sich die Röntgenforschung befindet, dadurch, daß sie sich zu sehr auf das rein Physikalische einstellt, während es notwendig ist, mehr als es augenblicklich geschieht, die physiologischen Erwägungen in Betracht zu ziehen. A. de Lemos-Hamburg.

Der Wert der Röntgenstrahlen bei Hautkrankheiten (The Value of X Rays in Skin Diseases), von M. V. Leop-Philadelphia. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 7.) Die Röntgenbehandlung kann als die wirksamste bei fast allen Hautkrankheiten betrachtet werden. Bei einigen bewirkt sie nur Linderung von Symptomen und kann das Leben verlängern wie bei Mycosis fungoides, bei anderen heilt sie nur zeitweise (Psoriasis, einige Formen von Ekzem), bei anderen dauernd (Akne, Epitheliom, Sykosis, Trichophytie). Bei malignen Formen des Epithelioms ist es das einzige porphylaktisch wirkende Mittel. E. Levin-Berlin.

Röntgenstrahlen bei Hautkrankheiten (X Rays in Diseases of the Skin), von E. W. Reed. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3221, S. 559.) Zur Messung der Sekundärstrahlen empfiehlt Verf. die Prüfung mittels eines Bakterienfilms, auf den das Licht nach Passage eines Spektroskopes geleitet wird, und der an den Stellen, wo das Wachstum der Bakterien gehindert wird und wo sie abgetötet werden, Linien aufweisen wird. Verf. benutzt mittelweiche Röhren und steigert bei mehreren Bestrahlungen die Filterdicke. Kontraindikationen gegen Bestrahlungen stellen Erkrankungen des Blutes, der Blutgefäße und lokal akut entzündliche Prozesse und hämorrhagische Affektionen dar. In der Diskussion bemerkt Woodburn Morrison, daß er bei Pruritus ani den sitzenden Patienten von unten her bestrahlt. E. Sklarz-Berlin.

Die Röntgenbehandlung der Trichophytie (The X Rays Treatment of Tinea Tonsurans), von J. Gibson Graham. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3221, S. 563.) Der Verf. bestrahlt mit gutem Erfolge von fünf Feldern aus mit harter Röhre und 7—8 Zoll langer Funkenstrecke. Früher mußte er manchmal dauerndes fleckweises Kahlbleiben bestrahlter Stellen mit in Kauf nehmen, jetzt bei größerer Erfahrung hat er nie Schädigungen erlebt, vor allem keine von seiten des Gehirns. E. Sklarz-Berlin.

Einige Angaben über Tiefentherapie (Some Notes on Deep Therapy), von C. C. Anderson. (Brit. m. J., 8. VII. 1922, Nr. 3, S. 36.) Verf. bespricht die verschiedenen Bestrahlungsmethoden und kommt zu dem Resultat, daß die Röntgenbestrahlung allein keine Gefahr für den Patienten bringe, daß die Kombination von Röntgen- und Radiumbestrahlung in Deutschland bisher gute Erfolge erzielt habe, daß der Röntgenbestrahlung und Kupferelektrolyse der Vorzug zu geben sei bei malignen Hautaffektionen, die jeder anderen Behandlung trotzen. Gefordert wird eine regelmäßige Blutuntersuchung der Patienten. Die Therapie soll nur von technisch gut durchgebildeten Radiologen ausgeübt werden. E. Sklarz-Berlin.

Behandlung der Sterilität durch Röntgenbestrahlung, von G. Linzenmeier-Kiel. (Zbl. f. Gynäk., 1922, Nr. 39, S. 1560.) Verf., der zwei Frauen wegen pathologischer Blutungen mit Röntgenstrahlen behandelte (2 mal 10 X 4 mm Al., resp. 4 Felder vom Rücken und Abdomen aus, je 20 X bei 4 mm Al.), sah, daß die Blutungen normal wurden und daß die Frauen jetzt leicht konzipierten. Verf. glaubt an eine Hypersekretion der Ovarien, deren Tätigkeit durch die Bestrahlung eingeschränkt wurde, so

Digitized by Google

daß jetzt das befruchtete Ei einen für die Nidation günstigeren Boden findet. Die Kinder wurden in den beiden vom Verf. beobachteten Fällen, ebenso wie in den acht bisher in der Literatur bekannten Fällen, nicht geschädigt. Anders ist es, wenn während der Gravidität bestrahlt wurde, dann wurden Mißbildungen an den Neugeborenen beobachtet. A. Rosenburg-Berlin.

Ein Beitrag zur Röntgenkastration beim Manne, von Hans R. Schinz, Chir. Univ.-Klin. Zürich. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 36.) Das Erlöschen der Spermatogenese ist leicht zu erreichen, doch ergreift bei geringen Dosen die Aspermatogenese nicht die ganze Drüse; eine geringere oder größere Anzahl von Kanälchen bleiben verschont. Das Erlöschen der Spermatogenese ist nicht identisch mit Azoospermie, denn erst wenn sämtliche Spermatozyten und Spermatiden in Spermatozoen umgewandelt sind, finden sich die Samenkanälchen völlig leer von ihnen. Die Regenerationskraft ist eine bedeutende; die Sertolischen Zellen sind viel röntgenresistenter und scheinen bei geringen Dosen direkt zu hypertrophieren. Eine völlige Röntgenkastrierung führte Verf. bei einem 34jähr. Manne aus. Drei Wochen nach der ersten und acht Tage nach der zweiten Bestrahlung mit einer recht harten Strahlung (35 cm Parallel-F.-Str.) von 85% der HED an der Oberfläche und noch 42% der HED in 3 cm Tiefe finden sich massenhaft leicht bewegliche Spermatozoen. 14 Tage nach der dritten Bestrahlung mit der vollen HED auf der Oberfläche und 45% HED in 3 cm Tiefe finden sich wenige unbewegliche Spermatozoen (Stadium der Nekrospermie); sogar nach zwei weiteren Bestrahlungen findet sich noch ein einzelnes unbewegliches Spermatozoon, und erst drei Wochen nach der letzten (fünften) Bestrahlung sind keine Spermatozoen mehr auffindbar und bleiben für bisher acht Monate nicht mehr nachweisbar (Stadium der Azoospermie). Erörterung der Größe der Dosis und Abhängigkeit derselben von der Spermiogenese und Festlegung von drei Stadien der Kastration: 1. temporäre Sterilisation mit klinischer Oligo-Nekrospermie nach Bestrahlung von mindestens 34% HED; 2. totale Aspermatogenese als Parallele zur Wintzschen Exovulation mit dem klinischen Symptom der Azoospermie nach Bestrahlung von etwa 60% HED; 3. die Totalkastration mit Zerstörung sämtlicher Bestandteile des Bodens und klinischen Ausfallserscheinungen, deren Dosis, da beim Manne nicht erstrebenswert, noch nicht festgestellt ist. E. Levin-Berlin.

Über die Praxis der Röntgentiefendosierung, von F. Nagelschmidt-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 8, S. 242—243.) Verf. schildert anschaulich die Schwierigkeiten, welche für die Abschätzung der Dosis bei Tiefenbestrahlung bestehen, und die Hilfsmittel zu deren Überwindung, wie sie namentlich von Dessauer, von Lehmann-Rostock u. a. ausgearbeitet sind. Er selber arbeitet nach diesen Methoden unter Verwendung von zelluloidfreien und Aufzeichnung der bestrahlten Felder auf Pauspapier, wodurch eine genaue Beobachtung und Kontrolle (unter Berücksichtigung auch der klinischen und subjektiven Beobachtung) ermöglicht wird. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfahrungen über die Verwendbarkeit des Röntgenspektrometers von March, Staunig und Fritz, von K. Staunig-Innsbruck. (M. m. W., 1922, Nr. 25, S. 933.) Die kürzeste Wellenlänge bestimmt die Qualität einer Strahlung und damit auch ihr Verhalten beim Eindringen in den Körper. Diese wird durch das Spektrometer von March, Staunig und Fritz bestimmt. Zur Messung der Lichtmenge bedienen sie sich des Radiometers von Holzknecht. Sie haben Tabellen ausgearbeitet, welche für alle in Betracht kommenden Strahlungen, Filterungen, Feldgrößen die Bruchteile (Dosenquotienten) angeben, welche von der auf die Haut auftreffende Lichtmenge in die verschiedenen Körpertiefen gelangen. A. v. Notthafft-München.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Dr. Zia-Eddin Hendi, ein Sohn des Sultans Mohammed Resad, hat sich in Konstantinopel als Hautarzt niedergelassen. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

26. Mai 1923 | Nr. 21 | Band 76

Eindrücke über das erste Jahrzehnt der kombinierten Syphilisbehandlung.

Von

Priv.-Doz. Dr. Arth. Jordan in Moskau.

Über zehn Jahre besitzen wir jetzt das Salvarsan und fast ebenso lange das noch bequemere und leichter verträgliche Neosalvarsan. Wenn auch ein Jahrzehnt für den Syphilitiker leider eine zu kurze Spanne Zeit bildet, um ein definitives Urteil über den Wert einer neuen Behandlung abzugeben, erlaubt dieser Zeitraum immerhin von gewissen Eindrücken zu sprechen. Natürlich werden diese, je nach dem Krankenmaterial, ob ein Krankenhaus, eine Prostituiertenkontrollstelle oder die Privatpraxis gewählt wurde, variieren, denn diese drei sind zu andersgeartet. Dieser Betrachtung liegt die Privatklientur zugrunde, welche, wie man a priori denken sollte, am ehesten auf unsere Intuitionen eingehen dürfte und deren Wohl und Wehe uns Ärzten durch die lebendigere Teilnahme an ihren Lebensschicksalen noch mehr als das der anderen Gruppen am Herzen liegt. Gewiß bin ich mir der Einwände bewußt, welche manche gegen ein solches Material erheben werden, vor allem, daß dasselbe nicht nach einheitlichem Maßstabe behandelt werden kann, weil die Privatkranken bald den einen, bald den anderen Spezialisten aufsuchen, so daß man sich vielfach auf anamnestische Daten verlassen muß. Aber schließen Beobachtung und kritische Beleuchtung die Möglichkeit objektiver Erfahrung aus? Ich meine, nein. Was endlich die Behandlung anbetrifft, so mag dieselbe zwar in verschiedenen Ländern diametral verschieden sein, da in dem einen mehr den unlöslichen, in dem anderen mehr den löslichen Hg-Präparaten der Vorzug gegeben wird. In einem und demselben Lande sind die Unterschiede nicht so große. Mag auch der eine größere, der andere kleinere Salvarsan- resp. Neosalvarsandosen bevorzugen, so spielen, wie ich mit Pontoppidan völlig übereinstimme, Patient und Krankheit eine größere Rolle als die verhältnismäßig kleinen Unterschiede der Dosierung. Und schließlich, wenn man von vereinzelten exklusiven Salvarsanschwärmern absieht, herrscht im Augenblick überall die kombinierte Hg-Salvarsanbehandlung vor, zu der sich jetzt wohl noch das Wismut hinzugesellen dürfte. Meine Behandlung besteht meist in Kuren von je 20 Sublimatspritzen (2 %ige) über einen Tag und 2—3 dazwischen eingeschobenen Neosalvarsaninfusionen zu 0,3—0,45, ausnahmsweise 0,6, so daß ich mit dem Hg die Kur abschließe. In der Zeit vom 1. Januar 1914 bis 1. Januar 1923 haben mich 1120 Personen, darunter 956 Männer und 264 Frauen wegen Syphilis, resp. weil sie einmal Syphilis gehabt hatten, aufgesucht.

Digitized by Google

Es waren unter ihnen solche mit

Lues I	97
„ II	304
„ III	129
„ congenita	29
„ maligna	1
„ latens	202
„ des zentralen resp. peripheren Nervensystems[1])	52
„ der Augen	17
„ des Gehörapparates	3
„ „ Zirkulationsapparates	9
„ „ Geschlechtsapparates (Orchitis gummosa)	2
„ „ Magens	5
„ der Leber	5
„ „ Gelenke	1
Tabes dorsalis	41
Progressiver Paralyse	7
Lues in der Anamnese	216
In Summa	1120

Wenn es auch nicht in den Rahmen dieser Abhandlung gehört, welchem Familienstande die Kranken angehörten, sei nebenbei bemerkt, daß unter denselben 500 ledige und 620 verheiratete resp. verheiratet gewesene Personen waren, von denen 686 angaben als Ledige und 425 als Verheiratete Syphilis erworben zu haben, während 9 Personen keine Angaben zu machen wußten. Es akquirierten somit die Syphilis:

als Verheiratete	37,1 %
„ Ledige	61,3 %
unbekannt wann?	1,6 %
	100,0 %

Obgleich der Prozentsatz der Verheirateten ein verhältnismäßig sehr hoher ist, habe ich dennoch keine besondere Zunahme der Verheirateten unter den mit frischer Syphilis Infizierten seit dem Kriege wahrgenommen. Es haben sich auch früher unter meinen syphilitischen Patienten viele Verheiratete befunden.

Art der Behandlung der an Syphilis Erkrankten.

Es waren nie behandelt worden	109 =	9,8 %
„ kamen nur einmal zur Untersuchung	110 =	9,9 %
„ waren bloß mit KJ behandelt worden	1 =	0,1 %
„ „ „ „ Kräutern „ „	1 =	0,1 %
„ „ mit Quecksilber „ „	423 =	37,6 %
„ „ kombiniert „ „	476 =	42,5 %
insgesamt	1120 =	100,0 %

[1]) In allen Fällen von Erkrankungen der inneren Organe wurde die Diagnose von den betreffenden Spezialisten gestellt resp. verifiziert.

Digitized by Google

Alter der Kranken bei der syphilitischen Infektion.

Es erkrankten:	bei der Geburt			29	Personen
	im Alter von	1—10	Jahren	15	„
	„ „ „	11—15	„	9	„
	„ „ „	16—20	„	168	„
	„ „ „	21—25	„	335	„
	„ „ „	26—30	„	249	„
	„ „ „	31—35	„	140	„
	„ „ „	36—40	„	73	„
	„ „ „	41—45	„	25	„
	„ „ „	46—50	„	23	„
	„ „ „	über 50	„	13	„
	unbekannt wann? . . .			41	„
			im ganzen	1120	Personen

Selbstverständlich müssen die gar nicht oder nur mit KJ oder Kräutern Behandelten resp. die bloß einmal Erschienenen von dieser Betrachtung ausgeschieden werden; aber auch von den 899 Behandelten muß noch ein Teil abgetrennt werden, nämlich diejenigen, wo die Behandlung resp. bei Abortiv- und Frühbehandlung die Beobachtung weniger als drei Jahre betrug, ein Zeitraum, welchen ich für die einen zur Behandlung, für die anderen zur Beobachtung unbedingt notwendig erachte. Nur auf einen Fall der unter drei Jahren Beobachteten muß vorübergehend näher eingegangen werden, weil es sich um einen Icterus gravis handelte, der im zweiten Jahre nach der syphilitischen Infektion einging. Es betrifft derselbe eine 25jähr. verheiratete Frau, welche sich am 25. Juni 1919 bei mir mit frischer Lues vorstellte (Tonsillarschanker, S. cutanea maculo-papulosa, Lymphadenitis universalis). Ohne irgend einmal dank der Behandlung ein Rezidiv zu bekommen, ohne je nach den Neosalvarsaninfusionen von einer nitroiden Krise befallen zu werden, erhielt sie im ganzen, in der Zeit vom 25. Juni 1919 bis zum 24. Juli 1920, fünf kombinierte Kuren, d. h. im ganzen 100 Sublimatspritzen (2%ige) und 4,65 Neosalvarsan. Die letzte Neosalvarsaneinspritzung zu 0,45 geschah am 24. Juli 1920 und wurde von ihr scheinbar ohne jede Reaktion vertragen. Zehn Tage später, am 3. August, erkrankte sie an Ikterus, der anfangs ganz harmlos verlief, in wenigen Tagen aber den Charakter eines Icterus gravis annahm. Sie verlor das Bewußtsein, bekam Konvulsionen, und am 14. August erfolgte der Exitus letalis.

Da bei dem brillanten Verlauf der Syphilis bei dieser Kranken weder an ein Hepatorezidiv noch an eine HERXHEIMERsche Reaktion gedacht werden konnte und bei dem bis dahin vorzüglichen Allgemeinzustand der Kranken jede andere Möglichkeit ausgeschlossen war, mußte ein Salvarsanspätikterus angenommen werden. Trotz der Verteilung der injizierten 4,65 Neosalvarsan auf 13 Monate läßt sich dieser Fall nur durch eine für diese Kranke zu starke Neosalvarsandosis erklären. Eine Annahme, die auch von HELLER und ROSENTHAL vertreten wird. Im übrigen habe ich im Laufe der Jahre bloß achtmal während der Kuren leichtere Fälle von Ikterus beobachtet. Im Vergleich zu BRODIER eine verschwindend kleine Anzahl, welcher Ikterus in 6,3% konstatiert.

Digitized by Google

Während sich im allgemeinen die Anzahl der allein mit Hg Behandelten (423) ungefähr die Wage hält mit derjenigen der kombiniert Behandelten, ändert sich das Verhältnis außerordentlich, wenn man von diesen Ziffern die Anzahl derjenigen abzieht, die sich nicht drei Jahre lang behandeln resp. beobachten ließen. Das waren von den mit Hg Behandelten 87, von den kombiniert Behandelten 212. Demnach sinkt für die richtige Beurteilung die Anzahl der mit Hg Behandelten auf 336, und diejenige der kombiniert Behandelten auf 264, was zusammen 600 ausmacht. Da dieses starke Schwinden der kombiniert Behandelten aus der weiteren Beobachtung nicht zufällig sein kann, und nicht durch die in den letzten Jahren bei uns in der Tat in sehr starkem Maße vorgekommene Auswanderung der Menschen erklärt werden kann, weil diese ebenso auch die mit Hg Behandelten betroffen hat, so läßt sich dasselbe nur durch das größere Rezidivfreibleiben dieser Kranken deuten.

Resultate der Behandlung.

Von den nachbleibenden, sich über drei Jahre in Behandlung resp. Beobachtung befindlichen Personen:

Art der Behandlung	bekamen eine dauernde negative WR	blieben dauernd rezidiv-frei	behielten eine positive WR	erkrankten an Spät-erscheinungen	starben	verblieben in Behandlung im Jahre 1923	In Summa
Nur Hg	68	77	48	137	1	5	336
Kombinierte Hg-Neosalvarsankuren	94	54	41	56	2	17	264
	162	131	89	193	3	22	600
			oder in %				
Nur Hg	20,3	22,8	14,3	40,9	0,3	1,4	100,0%
Kombinierte Hg-Neosalvarsankuren	35,6	20,5	15,5	21,2	0.8	6,4	100,0%

Die Zeit ist noch zu kurz, um definitiv behaupten zu können, daß die 43,1% (20,3 + 22,8 %) nach Hg-Behandlung und die 56,1% (35,6 + 20,5 %) nach kombinierter Behandlung seronegativ geworden resp. dauernd rezidivfrei gebliebenen Fälle vollkommen ausgeheilt sind. Immerhin läßt sich sagen, daß wir dank der kombinierten Behandlung, also dank Ehrlich, bedeutend größere Erfolge als früher erzielen. Diese Erfolge werden noch deutlicher, wenn man die abortiv resp. frühzeitig behandelten Fälle ins Auge faßt. Unter unseren kombiniert behandelten Fällen befinden sich 21 abortiv resp. frühzeitig in Behandlung gekommene Personen, bei denen es sich in 14 Fällen um seronegative und in 7 um seropositive Primäraffekte handelte. Von diesen blieben 15 rezidivfrei, 6 erkrankten an Rezidiven, und zwar 4 der seropositiven, 2 der seronegativen, von den letzteren einer fünf Jahre nach der Infektion an Periostitis, der andere sieben Jahre nach der Infektion an syphilitischer Neurasthenie.

Obgleich diese beiden Fälle somit zwingen, uns nicht zu übereilen mit der Annahme eines glücklichen Erfolges durch die Abortivbehandlung, beweisen zwei der anderen als seronegative Primäraffekte in Behandlung

Digitized by Google

gekommenen Fälle durch spätere Reinfektionen die sichere Ausheilungsmöglichkeit der Syphilis. In dem einen dieser Fälle erfolgte die Reinfektion sechs Jahre, in dem anderen vier Jahre nach der ersten Infektion. In beiden Fällen trat die zweitmalige Sklerose an anderer Stelle als das erstemal auf und wurde von Lymphdrüsenschwellung, Roseola und positiver WR gefolgt. Diese Fälle bestätigen die schon von unzähligen gemachten Erfahrungen, geben aber nicht das Recht, trotz der glänzenden, von Hecht, Rost, Scholtz, Willmer, Wagner, Richter, Spiethoff u. a. beschriebenen Resultate der Abortivbehandlung sich nicht bloß, wie viele raten, auf 1—2 Kuren zu beschränken. Gleich Martinotti habe ich mich nie bei der Abortivbehandlung mit so wenig Kuren begnügt, sondern immer eine chronisch intermittierende Behandlung im Laufe von 1—2 Jahren mit nachfolgender Kontrolle der WR im Laufe von mindestens einem Jahre angeraten und ausgeführt. Es kommt weniger auf die Schnelligkeit als auf die Gewißheit der Ausheilung der Syphilis an.

Da die Todesfälle sowohl bei den mit Hg als bei den kombiniert behandelten Fällen durch zufällige Krankheiten oder Umstände bedingt waren, interessieren uns nur die Fälle, welche seropositiv blieben resp. an tertiären Hauterscheinungen, Periostitis und Späterscheinungen der inneren Organe erkrankten.

Die Behandlung der seropositiv bleibenden resp. an Späterscheinungen erkrankten Fälle

war	ungenügend (2—4 Kuren)	mittelmäßig (4—6 Kuren)	einigermaßen genügend (6—8 Kuren)	In Summa
A. Bei den mit Hg Behandelten:				
1. die seropositiv blieben . .	23	16	9	48
2. die an sekundären Spätausschlägen erkrankten .	2	1	1	4
3. die an tertiären Erscheinungen erkrankten . . .	30	14	5	49
4. die an anderen Späterscheinungen erkrankten . . .	26	16	8	50
5. die an Tabes dors. erkrankten	15	7	6	28
6. die an progressiver Paralyse erkrankten	5	1	—	6
In Summa	101	55	29	185
B. Bei den kombiniert Behandelten:				
1. die seropositiv blieben . .	23	8	10	41
2. die an sekundären Spätausschlägen erkrankten .	6	—	1	7
3. die an tertiären Erscheinungen erkrankten . . .	10	4	3	17
4. die an anderen Späterscheinungen erkrankten . . .	8	8	8	24
5. die an Tabes dors. erkrankten	2	3	2	7
6. die an progressiver Paralyse erkrankten	1	—	—	1
In Summa	50	23	24	97

Digitized by Google

In % ausgedrückt

waren von den seropositiv bleibenden und denen, welche an tertiären und anderen Späterscheinungen erkrankten, behandelt worden:

	ungenügend	mittelmäßig	einigermaßen genügend	In Summa
A. Mit Hg	54.6	29,8	15,6	100,0%
B. Kombiniert	51,6	23,6	24,8	100,0%

Es erweist sich also, daß von denen, welche seropositiv blieben resp. an Späterscheinungen erkrankten, etwas über die Hälfte, sowohl von denen mit Hg als von denen, welche kombiniert behandelt waren, eine ganz ungenügende Behandlung (2—4 Kuren) durchgemacht hatten. Dasselbe hat auch Levin gefunden, von dessen Patienten sich 45% unzureichend behandeln ließen.

Um aber ein ganz eindeutiges Bild über den Wert der kombinierten Behandlung im Vergleich zur Hg-Behandlung zu erhalten, seien aus der Gruppe der mit Hg Behandelten und an Späterscheinungen Erkrankten alle diejenigen ausgeschieden, deren Syphilis über zehn Jahre zurücklag.

Es erkrankten im Laufe des ersten Jahrzehnts nach der Infektion an Späterscheinungen von

	den mit Hg Behandelten	den kombiniert Behandelten
1. an sekundären Spätausschlägen	4	7
2. an tertiären Hauterscheinungen und an Periostosis	20	17
3. an Späterscheinungen der inneren Organe . .	34	24
4. an Tabes dorsalis	15	7
5. an progressiver Paralyse	6	1
In Summa	79	56

Abgesehen von den Fällen mit tardiver Roseola und tardiven Papeln einige Jahre nach der Infektion, welche bei der kombinierten Behandlung öfter als nach der Hg-Behandlung zur Beobachtung kamen, waren alle übrigen Späterscheinungen bei der ersteren Behandlung seltener. Das Auftreten der sekundären Späterscheinungen spricht mehr für einen leichteren Verlauf der Syphilis.

Kurz, wir können nach abgelaufenem erstem Jahrzehnt seit dem Erscheinen des Salvarsans zusammenfassend sagen:

Die kombinierte Behandlung leistet in der Tat bedeutend mehr als die einfache Hg-Behandlung, da sowohl die Anzahl der seronegativ werdenden als auch der rezidivfrei bleibenden Fälle viel größer geworden ist als früher, so daß der Verlauf der Syphilis heute leichter als früher ist.

Weiter gibt die immer mehr zunehmende Ziffer der beobachteten, unzweifelhaften Fälle von Reinfektionen nach Abortiv- resp. Frühbehandlung den Beweis für eine schnelle und vollkommene Ausheilung der Syphilis. Die Resultate der Behandlung würden gewiß noch bessere sein, wenn sich unsere Kranken wirklich lange genug, d. h. nach meinem Dafürhalten, mit mindestens neun kombinierten Kuren zu je 20 Sublimat-

Digitized by Google

spritzen (2%ige) und je drei Neosalvarsaninfusionen zu 0,3—0,45 behandeln lassen würden und sich häufiger im ersten Beginn der Erkrankung zur Abortivbehandlung einstellen würden. Leider ist das immer noch schwer erzielbar. Es ist möglich, daß die Erfolge der Behandlung bei Anwendung höherer als von mir empfohlener Salvarsandosen glänzendere sein würden als die beschriebenen, aber ich enthalte mich absichtlich derselben, um unliebsame Ereignisse nach Möglichkeit zu vermeiden. Obgleich dieselben auch bei mäßigen Neosalvarsandosen nicht ganz auszuschließen sind, kommen sie doch bei denselben bedeutend seltener vor. Da das nil nocere Führerin unseres Handelns sein muß, übergebe ich meine bescheidenen Erfahrungen der Öffentlichkeit als Beweis, daß wir auch bei Anwendung mäßiger Dosen heute viel mehr erzielen als früher.

Literatur.

1. BRODIER, Ref. D. W., 1921, Bd. 72, S. 329. — 2. HECHT, D. W., 1921, Bd. 72, S. 97. — 3. HELLER, Ref. D. W., 1917, Bd. 65, S. 704. — 4. LEVIN, Ref. D. W., 1917, Bd. 65, S. 1014. — 5. MARTINOTTI, Ref. D. W., 1922, Bd. 75, S. 1121. — 6. PONTOPPIDAN, Ref. D. W., 1922, Bd. 74, S. 353. — 7. RICHTER, D. W., 1921, Bd. 72, S. 437. — 8. ROSENTHAL, Ref. D. W., 1917, Bd. 65, S. 704. — 9. ROST, Ref. D. W., 1921, Bd. 73, S. 951. — 10. SCHOLTZ und WILLMER, Ref. D. W., 1922, Bd. 74, S. 145. — 11. SPIETHOFF, Ref. D. W., 1921, Bd. 73, S. 861. — 12. WAGNER, D. W., 1921, Bd. 72, S. 433.

Aus der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten in Essen
(Chefarzt: Prof. Dr. BERING).

Bedenken gegen die Salvarsan-Mischspritze.

Von

Dr. ALOIS MEMMESHEIMER.

In letzter Zeit mehren sich die die Mischinjektionen ablehnenden Stimmen. Aus den Arbeiten KOLLES (D. m. W., 1922), GALEWSKYS (M. m. W., 1922), STERNTHALS (D. m. W., 1922), EVENINGS (D. m. W., 1923), NOVERS (D. m. W., 1923) ist der Schluß zu ziehen, daß durch die Mischung eine Gefahrenkomponente mehr entsteht, gleich ob Cyarsal oder Novasurol benutzt wird. Wir haben uns vom rein klinischen Standpunkt aus nicht entschließen können, die Mischspritze einzuführen. Den Grund hierfür gaben die an einem sehr großen Krankenmaterial der Beratungsstelle für Geschlechtskranke lange Zeit hindurch gemachten Beobachtungen, daß der Prozentsatz der bei positiver WR mit Mischinjektionen behandelten und dann länger negativ bleibenden Kranken ein sehr geringer ist. Bei diesen Kranken handelte es sich um Patienten, welche in der allgemeinen Praxis von Fachärzten und praktischen Ärzten behandelt worden waren, so daß wir gerade für die allgemeine Praxis die Methode ablehnen müssen.

Es sei über drei Fälle aus letzter Zeit berichtet, die die Gefahren der Mischspritze in besonderem Grade kennzeichnen. Der erste Fall ist bemerkenswert.

Digitized by Google

Ein 21jähr. Bergmann infizierte sich Anfang November 1922, kam 3 Wochen nach der Infektion in die Beratungsstelle: zwei etwas sklerosierte Erosionen am inneren Blatt des Präputium, keine Leistendrüsenschwellungen, WR und SGR negativ. Der behandelnde Arzt gab 10 Neosalvarsan-Novasurol-Mischspritzen; letzte Infusion Mitte Januar 1923. 4 Wochen danach traten Schmerzen in beiden Kniegelenken auf, bald leichter Ikterus und Wucherungen an Stirn und Nase. Befund war Anfang März: markstückgroße Ulzera vor der Stirn und der linken Nasolabialfalte; starke Schwellung beider Kniegelenke mit Ergüssen, geringe Schwellung der Leber mit Ikterus, erhebliche Störungen des Allgemeinbefindens. Punktat der Kniegelenke ergab positive WR und SGR, Blut-WR und SGR ebenfalls positiv.

Also völliges Versagen der Mischspritze bei einem Kranken, der mit hoher Wahrscheinlichkeit (s. Aufnahmebefund der Beratungsstelle) durch energische Salvarsanbehandlung abortiv geheilt worden wäre. Nach dem Versagen kommt es zu einer schweren Lues ulcerosa mit Gelenk- und Lebererkrankung.

An zweiter Stelle steht ein Fall schwerer Dermatitis und Stomatitis.

Ein 22jähr. Büffetfräulein erhielt 10 Mischspritzen (Neosilbersalvarsan-Novasurol) wegen Lues I. Nach der 10. Injektion begann eine Hautentzündung, die vom Rumpf ausgehend bald die Extremitäten und den Kopf ergriff. In diesem Zustand kam sie in die Klinik. Temperatur zwischen 37 und 38° axillar. Durch lokale Behandlung, Normalserum i. v., Terpichin i. m. ging das Exanthem langsam zurück. Während der Periode großlamellöser Abschuppung 14 Tage nach der letzten Injektion begann dann plötzlich eine heftige Stomatitis mit Enteritis. Schwellung der Mundschleimhaut mit Belägen, typischer Fötor, Auflockerung der Gingiva mit Eiterabsonderung, starke Kieferklemme gingen mit heftigen langdauernden Durchfällen einher, Temperatur um 39° axillar. Das Bild einer schweren Hg-Stomatitis und Hg-Enteritis. Unter geeigneter Therapie setzte ein langsames Abklingen der schweren Erscheinungen ein, auch die Kieferklemme schwindet ganz allmählich.

Das Novasurol wird im allgemeinen schnell ausgeschieden, wir sahen trotz zahlreicher Novasurolinjektionen niemals eine schwere Stomatitis; über eine Lockerung des Zahnfleisches ist es nicht hinausgekommen. In diesem Falle trat eine ganz schwere Stomatitis auf.

Im dritten Fall handelt es sich um einen Patienten, der Mai 1922 bei einem Fachkollegen wegen Lues I und II in Behandlung stand. Vom 10.—27. V. 1922 erhielt er Mischspritzen (zusammen 2,1 g Salvarsan-Natrium und Cyarsal $^1/_2$ pro inj.). Wegen Verdacht auf beginnende Dermatitis wurde die Kur nach der 3. Spritze für 10 Tage unterbrochen. Nach drei weiteren Mischspritzen waren die Erscheinungen (Ulzera am Genitale, Drüsenschwellungen) nur wenig gebessert, so daß von dem behandelnden Kollegen noch drei Neosilbersalvarsan- (zusammen 1,2 g) und Merzinolspritzen gegeben wurden. Wegen der Beschwerden durch die Merzinolinjektionen wurde auf Wunsch des Patienten diese Kur nicht fortgesetzt, obwohl die Erscheinungen sehr günstig beeinflußt wurden. Im Dezember kam der Patient dann mit neuen Erscheinungen in Behandlung (Papeln am Penis, großes Ulkus auf der rechten Tonsille, Plaques an der Zunge). Nach 5 Cyarsal-Mischspritzen keine Beeinflussung der Erscheinungen. Letzte Injektion Anfang 1923. Deshalb Überweisung in die Klinik. Am 3. II. 1923 kam er hier in Behandlung. Die Untersuchung zeigte ein zerfallendes Ulkus auf der rechten Tonsille, ein über bohnengroßes Ulkus am rechten Nasenflügel mit brettharter Infiltration bis zur Nasenwurzel, mehrere Ulzera von Erbsengröße über der rechten Patella. Starke Schluckbeschwerden und Schmerzen im Halse. Nach der 1. Injektion von 0,3 Neosilbersalvarsan gingen die subjektiven Beschwerden im Halse zurück. Auf die 2. von 0,4 Neosilbersalvarsan begann die Überhäutung des Ulkus an der Nase. Nach der 4. Spritze waren Hals und Nase geheilt, nach der 6. auch die Erscheinungen an der rechten Kniescheibe.

Eine Lues ulcerosa, die durch Mischinjektionen in keiner Weise beeinflußt wird, heilt schnell unter reinem Neosilbersalvarsan. Das Neosilbersalvarsan ist mit hoher Wahrscheinlichkeit durch das Cyarsal in seiner Wirkung ganz bedeutend herabgesetzt oder gar aufgehoben.

Digitized by Google

Die Behandlung mit Mischinjektionen mag im Stadium der Latenz bei negativer WR berechtigt sein. Wir können die für Arzt und Patienten bequeme Methode aber nach unseren Erfahrungen nicht gelten lassen in den Fällen, in welchen eine intensive Behandlung notwendig ist, weder bei primärer Lues noch in späteren Stadien der Lues. Unsere Ansicht findet in den mitgeteilten innerhalb weniger Wochen zur Beobachtung gelangten Fällen eine Stütze. 1. Fall: Versagen im Frühstadium der Lues, daran sich anschließend eine allgemeine Durchseuchung; 2. Fall: Hg-Enteritis mit schwerer Hg-Stomatitis und Kieferklemme; 3. Fall: völlige Wirkungslosigkeit bei Lues ulcerosa, welche dann unter reinem Neosilbersalvarsan prompt abheilt.

Aus dem dermatologischen Ambulatorium der Drs. Delbanco, Haas und Zimmern in Hamburg.

Erfahrungen mit Bismogenol in der Praxis.

Von

Dr. F. Zimmern.

Lange Erörterungen über die verschiedenen Wismut-Präparate, etwa 25 ausländische und 3 deutsche, erübrigen sich, da in der letzten Zeit darüber eine größere Literatur entstanden ist, die zuletzt eingehend von Hugo Müller in Mainz besprochen wurde[1]).

Es soll hier kurz über die Erfahrungen berichtet werden, die wir in der letzten Zeit in der Sprechstundenpraxis mit Bismogenol an über 100 Fällen meist florider Lues gemacht haben.

Bismogenol ist die Bismuthylverbindung einer Oxybenzoesäure in entsäuertem Olivenöl, $C_6H_4CHCOOBiO$, und wird von der Firma Tosse & Co. in Hamburg hergestellt. Der Wismutgehalt der reinen Verbindung beträgt 61,1%.

Technik: Ein gutes Durchschütteln der Lösung ist nötig, ein vorheriges Anwärmen nicht. Injiziert wird wie bei Hg-Präparaten intraglutäal. Langsames Einspritzen im Liegen und anschließende viertelstündliche Ruhe in liegender Stellung, wie es Hugo Müller unbedingt anrät, halten wir nicht für nötig. Die Einstichstelle schmerzt im ersten Augenblick manchmal etwas. Oft treten am ersten Tag leichte, ziehende Beschwerden auf, aber niemals so, daß daraus Arbeitsunfähigkeit entstand, obwohl die Patienten nur in der Sprechstunde behandelt wurden. Die Injektionen wurden nicht unangenehmer empfunden als die mit löslichen Hg-Präparaten. Stärkere oder schmerzhafte Infiltrate haben wir nicht beobachtet. Die Dosis war 0,75, die mit der zweiten oder dritten Spritze auf 1,0 bis 1,5 gesteigert wurde. 12—15 Spritzen bilden eine Kur. Das Präparat bleibt, auch der Luft ausgesetzt, in den großen sogenannten Klinikpackungen zu 15 und 30 ccm-Flaschen anscheinend steril. Abszesse oder Einschmelzungen haben wir nicht gesehen.

---

[1]) Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 7, H. 6.

Digitized by Google

Da wir das Präparat, wenigstens anfangs, nur bei sekundärer Lues gebrauchten, so konnten wir uns bald ein Bild von der klinischen Wirkung machen. Daß selbst eine kleine Dosis kräftig anfaßt, zeigt die fast niemals fehlende Herxheimersche Reaktion bei Exanthemen, Auftreten oder Nachlassen von Kopfschmerzen bei latenten Fällen, ferner hier und da Fiebersteigerungen. Papeln und Schleimhautplaques überhäuten gut und schnell, wenn auch nicht so schnell wie nach Salvarsan, aber besser als nach Hg-Anwendung. Angaben über die Zeit, innerhalb derer Spirochäten aus den Effloreszenzen schwinden, halten wir für belanglos. Man soll sich nur von dem Gesamteindruck des klinischen Bildes leiten lassen und die Wirkung mit der anderer bekannter Präparate vergleichen. Die Bismogenolspritze löst nicht die stürmischen Erscheinungen eines Salvarsan-Eingriffs aus, beseitigt aber schneller und vor allem schmerzloser als Hg die floriden Erscheinungen und setzt somit auch schnell die Infektionsmöglichkeit herab.

Nebenwirkungen: Gingivitis und Stomatitis traten bei genügender Mundpflege nur in einer verschwindenden Zahl von Fällen auf. Es kamen wohl einzelne Zahnfleischreizungen vor, sehr selten nur ein geringer Wismutsaum, und der auch nur bei sehr schlechtem Zahnzustand. Öfters wurde von einzelnen Patienten ein deutlicher Metallgeschmack angegeben, der noch Wochen nach der letzten Spritze wahrgenommen wurde und einen Beweis für die von den Bi-Depots langsam erfolgende Ausscheidung und eine dementsprechende Dauerwirkung bietet.

Inwieweit die Gefahr besteht, daß aus den Depots plötzlich große Mengen Bi ausgeschwemmt werden, die dann akute Störungen hervorrufen können, wie man es nach Ol. ciner.-Kuren sieht, läßt sich zurzeit noch nicht übersehen; mit der Möglichkeit muß aber gerechnet werden. Es ist daher sorgfältig auf die Bildung von Infiltraten zu achten, und die Einzelinjektionen auf große Flächen zu verteilen. Wolfer konnte am Kaninchen noch nach 34 Tagen große Depots radiologisch nachweisen. Andererseits zeigt der von Prater[1]) mitgeteilte Fall, bei dem 20 ccm Bismogenol innerhalb drei Tagen in zwei Dosen verabfolgt worden waren, daß trotz großer, im Röntgenbild deutlich sichtbarer Depots nicht immer schwere Störungen auftreten müssen und daß die Gefahr einer Überdosierung recht gering ist. Nierenstörungen bzw. Albuminurie haben wir niemals gesehen.

Die klinische Wirkung auf sekundäre und tertiäre Erscheinungen ist gut und schnell; auf die WR weniger. Wenn wir auch nicht alle Fälle daraufhin nachprüfen konnten, so kann man doch sagen, daß das Umschlagen der Reaktion in die negative Phase erheblich langsamer eintritt als nach Salvarsan. Hartnäckig positive Reaktion, die nach 2—3 Salvarsankuren nicht negativ wurden, haben wir auch durch Bismogenol nicht zum Umschlag bringen können, wenn man auch zugeben muß, daß bei einzelnen Fällen die Beobachtungszeit noch nicht lange genug war.

In dem Bismogenol haben wir ein gutes Mittel, um Hg- und As-feste Fälle, bei denen die klinischen Erscheinungen nicht zum Schwinden

[1]) Derm. W., 1923, Nr. 4.

Digitized by Google

zu bringen sind oder dauernd rezidivieren, gut und schnell zu beeinflussen. So schwanden in einem Fall krustöse Papeln des Gesichts, die nach acht Dosen Neosalvarsan und Novasurol in Mischspritze unverändert bestanden, nach der zweiten Bismogenolspritze. Ferner wurden bei einem Frühsekundärfall, bei dem innerhalb der zweiten kombinierten Kur Papelschübe bei negativer SR aufgetreten waren, die Erscheinungen mit zwei Bismogenolspritzen zum Abheilen gebracht. Wir haben somit die Möglichkeit bei den, wenn auch nicht häufig, so doch immer wieder vorkommenden, weder auf die verschiedensten Salvarsan- noch Hg-Präparate reagierenden Fällen eine prompte Wirkung zu erzielen. Der sonst bei diesen Fällen immer notwendige Versuch, den Umschwung in der Heiltendenz des Körpers durch Mirion, Aolan oder ähnliche Präparate vorzubereiten bzw. zu erzwingen, erübrigt sich somit, da wir in dem Bismogenol ein viel prompter wirkendes Mittel haben, mit dem wir ein Abheilen der klinischen Wirkungen sofort erreichen können.

Bei zwei Fällen bisher unbehandelter Tabes sahen wir guten Rückgang der Ataxie und lanzinierenden Schmerzen.

Wir haben Bismogenol nicht nur bei Lues gebraucht, sondern es bei den verschiedensten Hauterkrankungen versucht. Nennenswerte Erfolge haben wir nicht gesehen. Nur bei zwei Fällen von Lichen ruber ging der heftige Juckreiz schon nach der zweiten oder dritten Spritze völlig zurück, die Knötchen schwanden aber erst unter hohen Arsendosen. Ein Fall von Parapsoriasis reagierte sehr schnell auf Bismogenol und heilte fast völlig ab, während bei drei weiteren Fällen nicht der geringste Erfolg zu erreichen war.

Einen Fall von Pemphigus, der seit über fünf Jahren bei einem 82jährigen Mann bestand, der bisher nur homöopathisch behandelt war, konnten wir zur Heilung bringen.

Extremitäten, Unterbauch und Stirn waren bedeckt mit erbsen- bis fünfmarkstückgroßen Blasen, die Patient seit Jahren mit einer Nadel aufzustechen pflegte und dann eintrocknen ließ. Nach der ersten Spritze schossen auf gesunder Haut neue, große Blasen auf, auf den Armen war kaum ein Stück normaler Haut mehr zu sehen. Unter den weiteren, in siebentägigen Zwischenräumen gegebenen Spritzen und unter Borsalbe trockneten die Blasen überall ein und vernarbten glatt. Der Juckreiz schwand. Bis auf eine geringe Dermatitis an den Armen, nach vier Spritzen geheilt, konnten wir den Fall in der Hamburger dermatologischen Gesellschaft vorstellen. Ob der Erfolg von Dauer sein wird, oder ob er ähnlich wie der von Arning im Hamburger ärztlichen Verein vorgestellte, ebenfalls über 80jährige Mann mit Dermatitis Duhring, die nach drei Spritzen Bismogenol abgeheilt war, rezidivieren wird, muß sich zeigen.

Wie weit bei Lues eine Dauerwirkung, d. h. Freibleiben von klinischen oder serologischen Rezidiven, erzielt werden kann, entzieht sich vorläufig der Beurteilung. Auf jeden Fall hielten wir uns nicht für befugt, seronegative Primärfälle abortiv ohne Salvarsan zu behandeln. Daß mit Wismut bei Frühlues eine Abortivkur ebenso erfolgreich wie mit Salvarsan durchgeführt werden könne (Emery uud Morin), bezweifeln wir entschieden. Bei Sekundärfällen müssen natürlich mehrere Kuren

Digitized by Google

planmäßig gegeben werden. Die zweite etwa sechs Wochen nach Abschluß der ersten, also zu einem Zeitpunkt, an dem man die restlose Ausschwemmung des in den Depots lagernden Wismuts erwarten kann. Die dritte Kur folgt in 2—3 Monaten Abstand. Um den etwaigen Erfolg beurteilen zu können, ist die Zeitspanne natürlich viel zu kurz. Wir teilen auch den Optimismus französischer und spanischer Autoren in bezug auf die Dauerwirkung der Wismutbehandlung keineswegs und können es daher auch nicht verantworten, den Patienten nur mit einer Wismutkur zu behandeln, um experimenti causa klinische und serologische Rezidive abzuwarten.

Eine weitere Frage ist ferner, wie man sich die Wirkung des Wismuts auf die Lues überhaupt vorzustellen hat. Als spirochätizid wie bei den Salvarsanpräparaten, oder als Protoplasmagift, bzw. als Nährbodenverschlechterer, wie Kolle die Wirkung des Metalls Hg auffaßt. Wismut bildet mit Antimon, Arsen, Phosphor und Stickstoff eine natürliche Gruppe im periodischen System der Elemente. Die niederen Glieder sind echte Metalloide, während beim Wismut die Metallnatur vollends zur Geltung kommt. Wir halten die Metallwirkung für das ausschlaggebende bei der Wismutbehandlung und nähern uns damit der Kolleschen Auffassung. Daher kommt Wismut auch für eine abortive Behandlung der Lues unseres Erachtens nicht in Frage. Auf jeden Fall haben wir in dem Bismogenol ein deutsches Präparat, mit dem gute klinische Erfolge zu erzielen sind. Mit einem löslichen Wismutpräparat einer süddeutschen Fabrik, das wir gleichzeitig erprobten, wurden klinisch dieselben, teilweise noch bessere Resultate erzielt. Es ist aber seiner Schmerzhaftigkeit halber in keinem Fall gelungen, die damit begonnene Kur zu Ende zu führen.

Auf jeden Fall bereichert das Bismogenol unser Rüstzeug im Kampfe gegen die Lues, wenn wir auch keineswegs Salvarsan oder Hg missen wollen. Nach unseren Erfahrungen kann der Allgemeinpraktiker unbedenklich bei frischer Lues, Abortivfälle ausgeschlossen, damit arbeiten, da die Behandlung einerseits einfacher, d. h. nicht mit so viel unangenehmen Nebenwirkungen verknüpft zu sein scheint wie die Hg-Therapie, andererseits nicht die Gefahr besteht, mit einigen Salvarsanspritzen oder halben Kuren eine Lues anzubehandeln und damit Meningorezidive zu setzen.

Aus der dermatolog. Abteilung des städtischen Krankenhauses Altona (Prof. Dr. Bruck).

Beiträge zur weiblichen Gonorrhoetherapie und zur persönlichen sexuellen Prophylaxe beider Geschlechter.

Von

Carl Bruck.

Für alle diejenigen, die sich nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beschäftigen, muß sich mit Notwendigkeit die Tatsache offenbaren, daß wir mit allen Aufklärungen, Warnungen, Belehrungen, Meldungen und Gesetzparagraphen nur recht bescheidene Resultate erzielen und daß zwei Punkte alle anderen

Digitized by Google

an Wichtigkeit für eine wirkliche Eindämmung der Geschlechtskrankheiten übertreffen:

Zunächst ist dies die weitere Vervollkommnung unserer ärztlichen Heilmethoden, die bereits bezüglich der Syphilis und des Ulcus molle einen hohen Grad erreicht hat, während die Verhältnisse bezüglich der „Heilung" des Trippers, insbesondere des weiblichen Trippers, bekanntlich noch sehr im argen liegen! Gerade aber diese letztere Tatsache ist es, die einen enormen Hemmschuh für alle Bekämpfungsbestrebungen bedeutet, denn es ist klar, daß es eine Sisyphosarbeit leisten heißt, wenn man durch Aufklärung, Meldungspflicht und Zwang möglichst alle Geschlechtskranken zur ärztlichen Behandlung zu bringen sucht und wenn dann die Behandlungsresultate bei einem so großen und für die Weiterverbreitung so ungemein wichtigen Teil der Kranken, wie ihn die weiblichen Gonorrhoepatientinnen darstellen, noch so unbefriedigende sind, wie dies leider heute noch meistens der Fall ist.

Unzählige Maßnahmen sind im Laufe der Jahre empfohlen und wieder verlassen worden, und wenn auch vielleicht der Pessimismus mancher namhafter Forscher wie Buschke und Delbanco bezüglich der Heilbarkeit der männlichen Gonorrhoe zu weit geht, so muß man doch leider zugeben, daß er bezüglich der weiblichen Gonorrhoe im allgemeinen hohe Berechtigung hat. Allerdings liegt meines Erachtens der Grund hierfür nicht allein im Wesen des gonorrhoischen Prozesses beim Weibe selbst, sondern auch in einer gewissen therapeutischen Lässigkeit, die insbesondere von seiten der Nichtfachärzte und bei der ambulanten Behandlung tripperkranker Frauen vielfach eingerissen ist.

Die einen verzichten auf lokale Prozeduren, verordnen möglichste Ruhe und hoffen auf „Selbstheilung", die anderen verordnen Einspritzungen und Scheidenspülungen mit desinfizierenden oder adstringierenden Flüssigkeiten, die dritten behandeln „trocken" und lassen den Ausfluß durch unlösliche, in die Scheide gepuderte Pulver aufsaugen. Die eine Methode dürfte ebenso ungenügend wie die andere sein. Denn wenn wir logische Gonorrhoetherapie treiben wollen, so dürfen wir uns nicht damit begnügen, ein Symptom des Trippers zu beseitigen, d. h. den Ausfluß hinwegzuspülen oder aufzutrocknen (wobei übrigens durch allzu häufige schleimhautätzende oder auflockernde Spülungen sicher oft mehr geschadet als genützt wird!), sondern wir müssen mit unsern therapeutischen Maßnahmen den Ort der Produktion des Ausflusses, die Wucherstätten der Gonokokken aufsuchen, also nicht nur die Scheide behandeln, die beim erwachsenen Weibe meist gar nicht krank ist, sondern Urethra und Zervix angehen. Diese Forderung ist so selbstverständlich, daß jeder Facharzt wohl mit Erstaunen die Erfahrung gemacht hat, wie häufig ihm Fälle zukommen, die monatelang ohne jede Berücksichtigung der bei der weiblichen Gonorrhoe vorliegenden anatomischen Verhältnisse behandelt worden sind.

Ich kann es mir versagen, auf alle Methoden einzugehen, die für eine Lokalbehandlung der Urethra, der Zervix und eventuell auch des Cavum uteri empfohlen worden sind, um so mehr als diese Fragen erst vor kurzem von gynäkologischer Seite in einer sehr klaren und lehrreichen Arbeit von Asch und Wolff (M. m. W., 1922, Nr. 35 u. 36) er-

Digitized by Google

örtert worden sind, mit deren Ausführungen wir im wesentlichen übereinstimmen. Ich habe mich im Laufe der Jahre wohl von der Wirksamkeit aller bei weiblicher Gonorrhoe angegebenen allgemeinen und lokalen therapeutischen Methoden zu überzeugen versucht, muß aber sagen, daß ich immer wieder zu der im Jahre 1913 von mir empfohlenen Caviblenstäbchentherapie zurückkehrte, die mir die relativ günstigsten Resultate zeitigte. Ich ging damals von der Erfahrung aus, daß wir bei den anatomischen Verhältnissen der weiblichen Urethra und Zervix mit schnell wieder abfließenden Einspritzungen oder Spülungen oder mit gelegentlichen Ätzungen nicht recht weiter kommen, sondern daß nur dann therapeutische Erfolge zu erzielen sind, wenn das in die weiblichen Schleimhautkanäle eingebrachte Desinfiziens seine antiseptische Wirkung längere Zeit hindurch auszuüben vermag. Nicht durch desinfizierende Lösungen, sondern durch systematische Einbringung des ungelösten, sich erst im Schleimhautsekret selbst lösenden Antiseptikums können wir bei der weiblichen Gonorrhoe eine genügend lange Dauerwirkung auf die Gonokokken erwarten, ein Ziel, das technisch durch Einführung des Medikaments in Stäbchenform am leichtesten zu erreichen ist. Ich verkenne aber nicht, daß auch die Caviblenstäbchen zuweilen den Nachteil haben, daß die Gelatinehülse sich in manchen Fällen zu langsam löst und dann die Schleimhaut mit einer Gelatineschicht überzieht, die der Einwirkung des pulverförmigen Inhalts der Hülse hinderlich sein kann. Aber auch die anderen zahlreichen Stäbchenpräparate, von deren Brauchbarkeit mich zu überzeugen ich mich dauernd bemühte, ließen besondere Vorteile nicht erkennen. Teils waren sie zu weich und elastisch, so daß die Einführung — insbesondere die durch die Kranken selbst — auf Schwierigkeiten stieß, teils wieder zu rigide und spröde, so daß sie häufig bei der Einführung abbrachen, teils war die Schmelzfähigkeit eine zu schnelle, teils übten sie eine nicht unbeträchtliche Reizwirkung aus, ein Übelstand, der unbedingt vermieden werden muß. Letzteres trifft besonders für die zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe empfohlenen Cholevalstäbchen zu. Das Choleval an sich ist gewiß ein recht brauchbares Präparat, aber seine Reizwirkung macht sich häufig auch schon bei der Behandlung der männlichen Gonorrhoe geltend, sobald man Konzentrationen über $^1/_4$% wählt. Nach den weiblichen Cholevalstäbchen trat aber fast regelmäßig eine so starke Reizung auf (intensives Brennen, Harndrang, zuweilen Blutungen, Adnexerscheinungen), daß es nur in einem kleinen Teil der Fälle gelang, die Behandlung weiter zu führen. Meist wurde die weitere Einführung von Cholevalstäbchen durch die Kranken verweigert.

In neuester Zeit werden nun durch die Chemische Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering) Berlin, 10% Hegononstäbchen und Tabletten zu Behandlungszwecken in den Handel gebracht, die wesentliche Vorteile vor den bisherigen Präparaten haben.

Es sind dies längere (Urethra) und kürzere (Zervix) starre Stäbchen von ovalem Durchschnitt, die, in Wasser getaucht, sich mit größter Leichtigkeit und ohne daß ein Abbrechen zu befürchten ist, einführen lassen, gleich nach der Einführung an den Schleimhautwänden gut haften (so daß ein nachträgliches Wiederherausrutschen vermieden wird) und nun

Digitized by Google

unter leichter Aufquellung ganz allmählig zu einer pastenartigen Masse zerfallen und den ganzen Schleimhautkanal mit einer hochprozentigen fettfreien Hegononwasserpaste überziehen. — Es wird auf diese Weise eine kontinuierliche Desinfektionswirkung erzielt, ohne daß dabei jemals Reizerscheinungen beobachtet wurden. Dasselbe gilt bezüglich der in die Scheide einzuführenden Hegonontabletten.

Um diese Scheringschen Präparate[1]) einer genauen Prüfung zu unterziehen, habe ich ein Jahr lang den größten Teil meiner gonorrhoekranken Privatpatientinnen mit ihnen behandelt, einesteils um die Kranken selbst in dauernder Kontrolle halten zu können, was bei meinem häufiger wechselnden Krankenhausmaterial nicht so leicht durchführbar ist, und andernteils um die Brauchbarkeit dieses Verfahrens gerade in der ambulanten Praxis erproben zu können. Liegt ja doch entschieden für ein wirksames und leicht durchführbares ambulantes Behandlungsverfahren der weiblichen Gonorrhoe ein dringendes Bedürfnis vor.

Im ganzen wurden 36 gonorrhoekranke Frauen behandelt, von denen 32 in dauernder Beobachtung blieben. 5mal handelte es sich um eine reine Urethral-, 11mal um reine Zervixgonorrhoe, 12mal lag eine Erkrankung der Urethra und der Zervix vor, 2mal war das Rektum mitbeteiligt, und in 4 Fällen bestanden gleichzeitige Adnexerscheinungen. Bei 6 Fällen bestand eine akute Erkrankung, die übrigen sind als subakute und chronische Formen aufzufassen.

Die Technik gestaltete sich in allen Fällen gleichmäßig folgendermaßen, unabhängig davon, ob nur Urethra oder nur Zervix oder ob beides erkrankt war:

1. Behandlung durch den Arzt: zweimal wöchentlich. Vorher urinieren lassen!

a) Zervix: Einstellung im Spekulum. Reinigung der Scheide von Sekret durch trockene Tupfer. Auswischung der Zervix mit einem in 10%iger Arg.-nitr.-Lösung getauchten Wattestäbchen. Einführung eines kurzen, in Wasser getauchten Hegononstäbchens in die Zervix. Vorlage eines in 50%igen Ichthyolglyzerin getränkten Tampons mit Schnur.

b) Urethra: Ausspritzung der Urethra mit 1%iger Arg.-nitr.-Lösung. Einführung eines langen, in Wasser getauchten Hegononstäbchens in die Urethra. Auspinselung aller Schleimhautfalten der Vulva (Praeputium clitoridis) mit 50%igem Ichthyolglyzerin. Wattevorlage.

2. Hausbehandlung durch die Kranken selbst: täglich zweimal.

Morgens: Urinieren. Einführung eines in Wasser getauchten Urethralstäbchens in die Harnröhre und einer in Wasser getauchten Tablette möglichst hoch in die Scheide.

½ Stunde im Bett liegen bleiben. Möglichst lange nicht urinieren.

Abends: Nach dem Zubettgehen dasselbe.

Während der ganzen Dauer der Behandlung wird eine Gesundheitsbinde getragen.

---

[1]) Es kommen in den Handel:

Hegonon-Urethalstäbchen:	Packungen	zu 40	und	500	Stück
Hegonon-Vaginaltabletten:	„	„ 40	„	500	„
Hegonon-Zervikalstäbchen:	„	„ 20	„	300	„

Digitized by Google

Spülungen werden überhaupt nicht oder höchstens einmal wöchentlich vorgenommen. Am Tage der ärztlichen Behandlung wird die abendliche Hausbehandlung fortgelassen. Der vom Arzt eingeführte Tampon bleibt bis zum nächsten Morgen liegen und wird erst vor der Morgenbehandlung an der Schnur entfernt.

Während der ersten Menstruationstage ruht die Behandlung, kann aber am 3.—4. Tag wieder aufgenommen werden.

Bei etwaiger Mitbeteiligung des Rektums, auf die stets geachtet werden muß, wird außerdem früh und abends nach vorheriger Defäkation ein Urethralstäbchen in den Mastdarm geführt.

Irgend welche Schwierigkeiten bei der Ausführung dieser Technik wurden nie gefunden. Nur muß man die Einführung der Stäbchen in die Urethra den Kranken erklären und sie veranlassen, die ersten Einführungen in einem Handspiegel zu kontrollieren. Dann gelingt auch den ungeschicktesten Kranken der Handgriff leicht, dessen regelrechte Ausführung natürlich für den Erfolg unerläßlich ist.

Die Behandlung wird kontinuierlich 5 Wochen lang durchgeführt und dann ausgesetzt. Sonstige therapeutische Maßnahmen (Vakzinebehandlung oder dgl.) wurden absichtlich vermieden. Irgend welche Reizerscheinungen oder Komplikationen wurden in keinem Falle beobachtet.

(Schluß folgt.)

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

Dezember 1922.

Nachruf auf James Galloway, von Mac Leod. S. 377—380.

Epithelioma adenoides cysticum, von L. Savatard. S. 381—396. Nach kurzer Anführung der in der Literatur beschriebenen (15) Fälle bringt Verf. die relativ große Anzahl von 14 Fällen eigener Beobachtung, die mit den ausführlichen histologischen Befunden und entsprechenden Illustrationen versehen sind. Klinisch stellt sich das adenoide zystische Epitheliom in Form von Tumoren dar, die etwas über der Haut hervorragen, von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße, auf dem behaarten Kopf und Rücken auch zuweilen Walnußgröße erreichend, zuerst die Farbe der umgebenden Haut oder eine etwas dunklere Färbung zeigend. Wenn diese Tumoren wachsen, werden sie glänzend und durchsichtig; sie sind ziemlich fest, ohne hart zu sein, und zwischen die Finger genommen fühlt man, wie sie in der Haut liegen und sich mit ihr bewegen. In mäßig intensiven Fällen liegen sie im zentralen Drittel des Gesichts (zwischen den Augenbrauen, Nasenwurzel, Nasenflügeln und benachbarten Wangenteilen, Oberlippe und Kinn), in ausgedehnteren bedecken sie das ganze Gesicht, können über behaarten Kopf, Nacken, Schultern, Brust und Oberextremitäten verbreitet sein; die älteren Geschwülste des behaarten Kopfes sind der Haare beraubt. Ausnahmsweise kommen die Gebilde nur auf dem Kopfe vor und sind dann klinisch von nichtpigmentierten Mälern nicht zu unterscheiden. Obwohl Frauen die Mehrzahl der Fälle bilden (30 von 43), werden sie nicht selten auch bei Männern getroffen. Der Beginn ist um die Pubertätszeit, selten

Digitized by Google

im späteren Alter; der Verlauf der Affektion ist ein langsamer, kann aber jederzeit wechseln und selbst nach vieljähriger Dauer ohne sichtbaren Grund plötzlich ein rascherer werden. Spontane Rückbildung kommt nie vor und selten Ulzeration der Tumoren, zuweilen maligne Entartung. Die Diagnose kann nur durch die histologische Untersuchung gestellt werden. Alle Autoren stimmen darin überein, daß diese Tumoren, offenbar embryonalen Ursprungs, zur großen Gruppe der Nävi gehören; statt der Bezeichnung „gutartiges Epitheliom oder Akanthom" würde S. eine solche wie „Naevus follicularis" oder „Follikularnävus der Haut" vorschlagen.

Tinea der Nägel (Tinea ungium), von H. O. Simon. S. 397—400. Es handelt sich hierbei um eine Pilzinfektion (durch Trichophyton rubrum), die meist alle Fingernägel befällt und durch direkte Übertragung entsteht — wie die von S. beobachteten Fälle deutlich erwiesen. Beste Behandlung ist Radikalentfernung und, wenn diese verweigert wird, mit (20%igen) Zink-Sublimat- oder (5%igen) Karbol-Pflastern. Vortreffliche Illustrationen geben ein deutliches Bild über den äußeren und mikroskopischen Befund.

M. Stern-München.

Journal d'urologie.

November 1922, Bd. 14, Nr. 5.

Die Nephrolithotomie und die Pyelolithotomie (La néphrolithotomie et la pyelolithotomie), von A. Poussón. S. 353. 17 Fälle, die teils in typischer, teils atypischer Weise vom Verf. operiert wurden. Die Wahl der Methode hängt nicht von der Erwägung augenblicklicher oder späterer Gefahren der betreffenden Operation ab, sondern vom Sitz, der Größe, der Zahl, der Gestaltung und des Zusammenhanges der Konkremente.

Neuer Beitrag zur Lithotribolapaxie (Nouvelle contribution à la lithotribolapaxie), von Michel Tavone-Palermo. S. 371. Unter Lithotribolapaxie versteht der Verf. die Entfernung zerkleinerter Steine. Er sterilisiert die Metallinstrumente trocken bei 150° oder im Wasserdampf bei 120°, Gummi usw. in einer Lösung von Tacchiolo (Silberfluorid) $^1/_{5000}$. Anästhesie: Chloroform oder lokal am besten mit Kokain 1,0:25,0 unter Beifügung von 0,01 Morphium, um die Giftigkeit des Kokains zu vermindern. Gleichzeitig ein Suppositorium von 0,01 Morph. mur., 0,01 Extr. Bellad., 3,0 Butyr Cacao. Ernstere Zwischenfälle durch die hohe Kokaindose sehr selten, zu beheben durch Blasenspülung und Injektion von 0,01 Morphium. Lumbalanästhesie wird vermieden, da bleibende Blasenparalysen beobachtet worden sind. Mit besonderer von Guyon und dem Verf. ausgearbeiteter Methodik wird operiert. Die Lithotribolapaxie wurde bisher bei 123 Kindern (von 3 Jahren ab) und 90 Frauen ausgeführt. Kontraindikationen sind sehr harte oder sehr große Steine; ferner solche Steine, die in Divertikeln oder in Nischen hinter der Prostata liegen, sekundäre Steine und Fremdkörper (Haarnadeln usw.); reizbare Blase; schwere Zystitis und Ulzerationen der Blase; große, geschwollene und entzündete Prostata; narbige Verengerungen der Harnröhre; Nierenleiden. Die Mortalität beträgt durchschnittlich 1,55% gegen 5,88% bei der suprapubischen Zystostomie und 3,57% bei der perinealen Operation. Die Lithotribolapaxie ist unblutig, schnell, einfach und sicher, erfordert freilich eine besondere Ausbildung, die aber durch die technische Vervollkommnung des Lithotriptors durch die Vereinigung mit Zystoskop erleichtert wird.

Die endourethrale und endovaginale Diathermie (La diathermie endo-urétrale et endo-vaginale), von Ernest Roncayrol. Die Diathermie wird mittels besonderer Elektroden vom Verf. unter ständiger Temperaturkontrolle verwandt. Die Wärme soll 44—46° betragen, 48° in keinem Falle überschreiten. Die Wirkung der Diathermie besteht in Anästhesierung, Bakterizidie, Leukozytenvermehrung, Mikrobenentfernung, Abstoßung geschädigter Zellen, Aufsaugung sklerösen Gewebes und Steigerung der Zelltätigkeit. Auch die Allgemeinwirkung auf Nieren, Blutzirkulation, Nervensystem, Eingeweide und auf die Drüsen mit innerer Sekretion scheint günstig zu sein. Resultate bei Männern und Frauen sehr gut. Genaue Provokation am Ende der Behandlung erforderlich. Kontraindikationen bestehen so gut wie gar nicht. Keinen Erfolg sieht man — scheinbar — bei Personen, die den elektrischen Strom nicht vertragen (1,5%) und bei solchen, die sich sofort nach der Behandlung reinfizieren.

Digitized by Google

Neue Methode der Radiumapplikation mittels des Zystoskopes (Nouvelle méthode d'application du radium au moyen du cystoscope), von Leo Buerger-New York. S. 409. Beschreibung von zur Aufnahme von Radium dienenden Hohlnadeln, Einführungsinstrumenten und Zystoskops, die vom Verf. angegeben worden sind.

Einige Winke für die Behandlung des Trippers (Quelques petites finesses du traitement de la blennorrhagie), von Jules Janet. S. 419. 1. Die geheilte Blennorrhagie, bei der der Ausfluß anhält. In den Fällen, wo bei sorgfältigster oftmaliger Untersuchung keine Gonokokken mehr zu finden sind, handelt es sich meist um Leute, die schon früher an Urethritiden gelitten haben. Man habe den Mut, 36—48 Stunden lang die Behandlung auszusetzen, und der Ausfluß wird bald verschwinden. 2. Die ungeheilten Blennorrhagien ohne Ausfluß. Genaue Beobachtung der Urethra durch den Kranken selber zeigt, daß ihr Zustand, der während des Tages reizlos erscheint, doch nicht völlig in Ordnung ist. Es findet sich früh morgens ein Tröpfchen Eiter meist mit Gonokokken. Sorgfältige Untersuchung und gegebenenfalls Behandlung. E. Sklarz-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Der menschliche Samen in der gerichtlichen Medizin, von F. Strassmann. (Abhandlungen aus dem Gebiet der Sexualforschung, Bd. 4, H. 2. Verlag von A. Marcus u. E. Weber, Bonn 1922.) Voraussetzung für den Nachweis der Zeugungsunfähigkeit vor Gericht sind die gesetzlichen Bestimmungen. Die medizinischen Unterlagen behandeln die möglichen Abnormitäten, Entwicklingsstörungen und krankhaften Veränderungen. Vereinzelt kommen noch als Ursache vorangegangene mechanische Verletzungen vom Charakter der Quetschung der Hoden, die Frage der Befruchtungsfähigkeit trotz Kastration und Unfruchtbarkeit durch das Überstandenhaben von Lues oder Gonorrhoe vor; die Abnormität des Spermas erstreckt sich auf Azoospermie, auf Menge und Bewegungsfähigkeit des Spermas und auf Nekrospermie; auch kommen Verengerung der Urethra und die Phimose, besonders bei der Frage der künstlichen Befruchtung, in Betracht; die Beurteilung der Zeugungsunfähigkeit Verstorbener und die Stellung zu sogenannten Pseudohermaphroditen spielt keine geringe Rolle; die gerichtsärztlichen Aufgaben befassen sich oft mit der Feststellung wahren oder pseudohermaphroditischen Zwittertums, dem Gerichtsarzt liegt in erster Linie der Beweis der Zeugungsunfähigkeit ob, und zwar weniger bei Ehestreitigkeiten oder bei der außerehelichen Vaterschaft Unverheirateter als im Falle des im ehelichen Coitus reservatus im Kondom aufgefangenen Spermas. Die Art der Gewinnung des Spermas in sonstigen Fällen durch Expression der Samenblasen, durch masturbatorischen Akt, die Bedeutung der Beweglichkeit des Spermas und die Möglichkeiten betrügerischer Manipulationen zu Untersuchender werden ausführlich besprochen. Am schwierigsten ist die Feststellung der Nekrospermie. Der Nachweis eines Sittlichkeitsverbrechens hat ähnliche gesetzliche und medizinische Voraussetzungen wie der Beweis der Zeugungsunfähigkeit; die gerichtsärztlichen Aufgaben umfassen die Untersuchung frisch mißhandelter Personen und von Leichen, von Bedeutung ist hierbei der Nachweis von Spermatozoen an Kleidungsstücken; anhangsweise wird der Ejakulation beim Erhängungstode gedacht. Eine beweisende Kasuistik ist jedem Abschnitt der Abhandlung beigefügt. G. Loewenstein-Berlin.

Das Geschlechtsleben der Hysterischen, von S. Placzek. (Zweite Auflage. A. Marcus & E. Weber, Bonn 1922.) Das in zweiter Auflage soeben erscheinende Buch ist texlich gegenüber der ersten Auflage kaum verändert. Es kann somit auf das ausführliche Referat (Derm. W., 1920 Nr. 25, S. 395—396) verwiesen werden. Daß in der kurzen Zeit von 3 Jahren eine Neuauflage nötig wurde, ist der beste Beweis für die Brauchbarkeit des Werkes. K. Unna-Hamburg.

Die Grundlagen der biologischen Konstitutionslehre, von Hans Günther. (136 S., mit 22 Abb., Pr. 1,80 M. G. Thieme, Leipzig 1922.) Das Büchlein behandelt in 11 Kapiteln Konstitutionsbegriff, Vererbung, Variabilität, Norm, Konstitutions-Systematik, Ursachenproblem, Krankheit, Disposition und Hygiene. Vor allem liegt dem Verf. daran, brauchbare Definitionen für die Grundbegriffe der Konstitutionslehre zu geben. Diese Definitionen dürften jedoch vielseitigen Widerspruch finden, da sie mehr philosophisch als naturwissenschaftlich orientiert sind. Konstitution wird definiert als die „Ordnung" der den Organismus bestimmenden Summe der inneren Faktoren, Krankheit als ein den

Digitized by Google

Gesamtorganismus betreffender „Zustand", welcher stets eine Schädigung bedeutet, Disposition als die auf der Konstitution beruhende „Entwicklungsmöglichkeit" einer bestimmten Krankheit. Verf. führt eine Reihe neuer Symbole für die Konstitutionen ein, von denen er auch einen psychischen, einen moralischen und einen professionellen Typ unterscheidet. Die Darstellung ist mit mehr mathematischen Formeln belastet, als die doch vorwiegend intuitiv aufgebaute Konstitutionslehre nach Ansicht des Ref. nötig macht. Auch die eingehende Berücksichtigung des immer recht willkürlichen Begriffes der sogenannten Norm scheint dem Ref. nicht glücklich. Die Ausführungen über die Vererbungslehre enthalten manche Mißverständnisse, z. B. soll eine in Inzucht lebende Population sich „dem Genotypus nähern", Keimesschädigungen sollen nicht erblich sein können, Phänotypus ist mit Paratypus verwechselt. Im letzten Kapitel warnt Verf. vor „aktiven Zuchtexperimenten" und vor den Utopien, „die für die Volkshygiene die Gepflogenheiten eines Zuchtstalles einzuführen suchen". Durch solche Warnungen wird die Rassenhygiene diskreditiert, und zwar ungerechtfertigterweise; dem Ref. wenigstens sind derartige Utopien aus der neueren Literatur nicht bekannt. Wie jedes Buch, welches sich begriffskritisch mit den Konstitutionsproblemen beschäftigt, bietet auch das von Günther eine große Reihe dankenswerter Anregungen; es ist flüssig und angenehm geschrieben. H. W. Siemens-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Röntgenschädigungen, ihre Zivil- und strafrechtlichen Folgen, von Wilhelm Flaskamp-Erlangen. (Kl. W., 1922, Nr. 39, S. 1954.) Für den Röntgenologen wichtige, im Original wegen der genauen, nicht kurz referierbaren Einzelheiten nachzulesende Arbeit, in der obiges Thema vom forensischen Standpunkte aus genau besprochen wird. E. Langer-Berlin.

Untersuchungen über den „Röntgenkater", von Erwin Schlagintweit und Hans Sielmann, Med. Un.-Kl. München. (Kl. W., 1922, Nr. 43, S. 2136.) Für den „Röntgenkater" scheint u. a. die Einwirkung der Röntgenbestrahlung auf den Kochsalzhaushalt des Organismus von Wichtigkeit zu sein. Nach der Bestrahlung sinkt der Kochsalzgehalt des Serums, bleibt eine Weile auf der gleichen Höhe und steigt nach 24 Stunden langsam wieder an. Erhöhung des Serumkochsalzgehaltes durch vor der Bestrahlung prophylaktisch verabreichtes Kochsalz hat keine den Röntgenkater verhindernde Wirkung. Dagegen wirkt Kochsalz — rektal 300—1000 ccm, per os 5—10 g in Oblaten, intravenös 1,0 ccm 5%ige Lösung — prompt. Mit Calcium chlorat. konnte ein ähnlicher Erfolg nicht erzielt werden. E. Langer-Berlin.

Ursachen und Verhütung der Röntgenverbrennung. Vorschlag zur einheitlichen Hautbezeichnung im therapeutischen Betriebe, von L. Rothbart-Budapest. (D. m. W., 1922, Nr. 44, S. 1485.) Röntgenverbrennungen entstehen durch einmalige Überdosierung oder durch vorzeitiges Wiederholen der das physiologische Maß überschreitenden Dosen. Zur Vermeidung der Verbrennungen wird empfohlen, eine Dauermarke durch Tätowierung auf der Haut des Pat. anzulegen. Auf diese Weise kann man jederzeit das Datum der letzten Bestrahlung ablesen. F. Harry-Berlin.

Quarzlichtbehandlung von Hautkrankheiten (Quartz Light Therapy in Skin Diseases), von E. Oliver-Boston. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 8, S. 625—627.) Nichts Neues. F. Quasig-Hamburg.

Kosmetik.

Plastik der eingesunkenen (Sattel-) Nase (Restoration of the Sunken Nose), von Harold Burrows. (Brit. m. J., 14. Okt. 1922, S. 688.) Der Verf. stellt erst ein Wachsmodell des Gesichts her und verfertigt aus Plastizine eine für neue Nasenform berechnete Prothese. Nach dieser, die vom Personal während der Operation gehalten wird, verfertigt er aus Rippenknorpel die richtige Prothese, die nach Querschnitt über die Nasenwurzel unter die Haut an der richtigen Stelle versenkt wird. Naht der Hautwunde, Entfernung der Nähte am fünften Tage. E. Sklarz-Berlin.

Digitized by Google

Neue Methode der Hautpfropfung (Improved Method of Skin Grafting), von A. S. Parce. (Annals of Surgery, Bd. 75, Nr. 6, S. 658.) Über die zu propfende Hautfläche wird eine Masse, so wie sie vom Zahnarzt zu Modellierungszwecken benutzt wird, ausgegossen und in kaltem Wasser erhärtet. Das bis auf die Kutis losgelöste Hautstück (ohne Fettschicht) wird auf die modellierte Masse aufgelegt, so daß die freien Ränder des Hauttransplantates die Masse überragen. Beide werden durch Knopfnähte verbunden. Dadurch bleibt der Hautlappen gespannt. Die Ränder der zu bepflanzenden Hautstelle werden gelockert und das Transplantat nebst Modellierungsmasse unter sie eingeschoben und durch Nähte vereinigt. Über das Ganze kommt ein gut gepolsterter Verband, der 8—10 Tage liegen bleibt. Danach Entfernung der Modellmasse.

F. Quasig-Hamburg.

Operativer Ersatz der Ohrdefekte durch „Epitheleinlage", von J. F. S. Essex und G. Aufricht-Berlin. (Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 120, H. 3, S. 378.) Ausführliche Beschreibung der Operationstechnik zum Ersatz der ganzen Ohrmuschel bzw. Teile derselben.

E. Langer-Berlin.

Funktionsstörungen.

Über eine für ansteckend gehaltene Trockenschälung der Hände, von M. Porosz-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 34) Eine Abart der Disidrosis (Cheiropompholyx), welche kein Serum in den Blasen enthält. Die Haut ist trocken; es bilden sich leere Blasen, und die Abhebung des Epithels greift weiter. Die freigebliebenen Stellen sind mit frischen rosafarbigen Epithel bedeckt. Diese Krankheit habe ich seit Jahren im Frühling und Anfang des Sommers bei Neurasthenikern gesehen. Seit zwei Jahren Häufung der Fälle. Therapie: Wachssalbe oder 3—5—10% Salizylsalbe.

Autoreferat.

Zirkulationsstörungen.

Fall von Purpura vortäuschender spontaner Gangrän infolge akuter Thromboarteritis (Report of a Case of Spontaneous Gangrene, Simulating Purpura, Due to Acute Thromboarteritis), von David W. Kramer-Philadelphia. (New York m. J., 1922. Bd. 116, Nr. 7.) Der Inhalt ergibt sich aus der Überschrift.

E. Levin-Berlin.

Letale Genitalblutung bei Purpura haemorrhagica, von Edmund Herrmann-Wien. (Zbl. f. Gynäk., 1922, Nr. 41, S. 1648.) Verf. beobachtete bei einer 16jähr. kräftig gebauten Virgo eine Purpura haemorrhagica, die 14 Tage nach dem letzten Unwohlsein mit einer starken Blutung aus dem Genitale begonnen hatte. Daran schlossen sich die Blutungen an den Beinen, im Zahnfleisch und aus der Nase an. Zur Zeit der Aufnahme noch bestand bei der blassen Frau eine schwache innere Blutung aus dem Genitale, die nach 24 Stunden plötzlich zunahm, so daß zur Milzexstirpation geschritten wurde; jedoch schon einige Stunden später verschied die Pat. Die Obduktion bestätigte die Diagnose, die ja besonders durch die ebenfalls gefundene Thrombopenie sichergestellt wurde. Hierher gehört auch der Fall Calmen, der einen analogen Fall vergebens durch eine Kürettage zu retten versucht hatte; doch ging diese Frau an einer inneren Blutung bald zugrunde.

A. Rosenburg-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Dr. Samuel S. Caruthers, Professor der Dermatologie in Nashville, Tenn.; Dr. Arthur Pedro Perry, Arzt für Hautkrankheiten in Boston; Dr. Alfred Chatin in Uriages.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Ruhl, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. Juni 1922 | Nr. 22 | Band 76

Aus der Hautklinik der städt. Krankenanstalten (Leiter: Prof. Dr. Fabry) und dem Hyg.-Bakt. Institut zu Dortmund (Leiter: Dir. Dr. Löns).

Mitteilungen zur Morphologie und zum biologischen Verhalten der bei der Erosio interdigitalis blastomycetica gezüchteten Hefepilze.

Von

Dr. Samson, Assistent der Hautklinik.

Die Bezeichnung „Erosio interdigitalis" für eine ganz bestimmte und auch früher bekannte, aber nicht richtig gedeutete Affektion scheint allgemein akzeptiert worden zu sein, da sie die klinischen Eigenschaften der Erkrankung genau trifft. Anders steht es mit der Frage der Ätiologie und speziell, ob die regelmäßig gefundenen Parasiten als Hefen- oder Soorpilze zu deuten sind. Daß es berechtigt ist, diesen Sondertyp einer Hauterkrankung bestehen zu lassen, hat uns eine bis heute recht beträchtliche Zahl von Beobachtungen gelehrt, und es wäre falsch und würde der Klärung der Frage wenig dienlich sein, wenn die Nachuntersuchungen nicht auch die verschiedenen klinischen Typen voneinander trennen. Vorläufig wissen wir ja noch nicht, ob es einen oder mehrere Typen pathogener Hefen oder Oidien gibt, und unwahrscheinlich scheint es uns zu sein, daß dieselbe Art ganz verschiedene Krankheitsbilder hervorruft; möglich wäre es immerhin.

Die Untersuchungen, über welche hier berichtet werden soll, beziehen sich lediglich auf das erwähnte typische Bild der Erosio interdigitalis, deren Diagnose nicht schwer, und die klinisch schon sicher von anderen interdigitalen Affektionen — am meisten kommt ja das Ekzema in Frage — abzugrenzen ist. Durchaus unberechtigt aber ist es, auch die interdigitale Trichophytie mit heranzuziehen, denn sie ist einmal äußerst selten; dann aber hat sie eben nicht die unverkennbaren Symptome der Erosio, und dazu gehört, um es nochmals zu wiederholen, der typische Sitz an der Schwimmhaut der Interdigitalräume, der kragenförmige, unterminierte Rand und die Erosion mit Neigung zu Epithelialisierung. Im Zentrum tritt manchmal mehr die Erosion in den Vordergrund, oder aber neu sich bildende Epithelbalken geben dem Zentrum ein vielgestaltiges und wechselndes Bild.

Nach den vielen späterhin in unserer Klinik beobachteten Fällen von Erosio interdigitalis muß hervorgehoben werden, daß nach der Schilderung von Marie Kaufmann-Wolf eine Mehrheit von klinisch

Digitized by Google

zwar äußerst ähnlichen, hinsichtlich ihrer Ätiologie aber verschiedenen Erkrankungen anzunehmen ist, aus deren Zahl die Erosio blastomycetica als ein Krankheitsbild sui generis aufzustellen ist. Weitere Arbeiten aus hiesiger Klinik[1]) brachten ergänzende Daten zur Charakteristik der Erosio interdigitalis. Anamnestisch ergab sich stets der chronische Verlauf des Leidens, das gewöhnlich bereits monatelang trotz aller Salbenbehandlung bestanden hat. Der Krankheitsprozeß beschränkte sich auf die Interdigitalräume, so daß er bei gespreizten Fingern nur von oben zu sehen ist; bei Übergreifen auf die Beugeseite der Hand hält er sich an die Hautfalten zwischen Metakarpalknochen und der Grundphalanx. Ein Übergreifen auf die Hand- und Fingerrücken wurde niemals beobachtet; in vereinzelten Fällen sahen wir eine Fortsetzung an der Innenseite der Finger und konnten dann stets den Zusammenhang mit dem Ausgangsherd der Interdigitalfalte feststellen. In einem Falle hatte die Erosion auf den Ringfinger übergegriffen, aber nur so weit wie der Ring die Haut bedeckte; daß Luft- und Lichtabschluß die Vorbedingung für das Zustandekommen der Erosion ist, beweist auch der Umstand, daß die Interdigitalräume zwischen Daumen und Zeigefinger niemals befallen sind. Aus denselben Gründen wurde hier auch niemals ein Übergreifen auf die Streckseiten der Finger und Hände beobachtet, ebenso niemals eine Weiterverbreitung auf andere Körperstellen. Wir haben bei Interdigitalaffektionen, die gleichzeitig auf die Streckseiten der Hände und Finger übergingen, niemals die Erreger gefunden.

Was die Beschreibung der Affektion angeht, so handelt es sich um eine im Zentrum des Herdes rötliche Erosion, gegen welche die abgehobene Epitheldeckenrandpartie in der Farbe scharf kontrastiert. Die Mitte ist rötlich, die Haut hier erodiert, mazeriert; der Rand der abgehobenen Haut ist weiß. Es handelt sich also bei der Erosio interdigitalis um eine Hautkrankheit von ganz typischer und bestimmter Charakteristik. Wer das Krankheitsbild auch nur einmal gesehen hat, wird es leicht wiedererkennen. In der letzten Zeit hatten wir Gelegenheit, zwei Fälle zu beobachten, die einiges Besondere aufwiesen. Während die meisten Fälle bei uns Frauen betrafen, handelte es sich in dem ersten Falle um einen Mann. Dieser war früher von Beruf Brauer, jetzt Gastwirt; er gab an, daß er seine Ansteckung darauf zurückführte, daß er beim Schlachten die Därme zwischen den Fingern habe durchgleiten lassen (?) Das spätere ständige Hantieren mit Wasser beim Spülen der Biergläser ließ die Erkrankung nicht zur Ruhe kommen, wie ja auch unter den Frauen diejenigen besonders an der Erkrankung leiden, die beim Spülen und Waschen die Hände viel in Wasser halten müssen. Der zweite Fall betraf eine 78jähr. Frau, die seit anderthalb Jahren an einer Erosion zwischen sämtlichen Interdigitalfalten beider Füße litt, die mit wiederholten Entzündungen von seiten der zugehörigen Lymphstränge mit Anschwellung der im Verlauf gelegenen Lymphknoten einherging. Die Erreger wurden in der Kultur nachgewiesen; prompte Heilung bei Pinselung mit Jodtinktur $^1/_{10}$. Dieser Fall kann vielleicht in Parallele gesetzt werden zu der den Tierärzten bekannten Lymphangitis epizootica oder

[1]) M. m. W., 1917, Bd. 48. Derm. W., 1918, Bd. 66. (Berendsen und Stickel.)

Digitized by Google

Pseudorotz, japanischer Wurm oder afrikanischer Rotz (Saccharomyces farciminosus).

In einem Artikel von Miescher über einen Fall von Miliaria rubra oidiomycetica wurde darauf hingewiesen, daß bei allen durch Pilze hervorgerufenen Affektionen nicht nur der Blasengrund, sondern auch die Blasendecke zur Untersuchung herangezogen werden müßte, da die in dem betreffenden Falle gefundenen Erreger gerade in der Blasendecke ein typisches Soormyzel gebildet hatten, während sie in den Kulturen nur hefeartig wuchsen. Diese Forderung können wir durchaus unterstreichen. Auch bei uns war die abgehobene Epitheldecke stets der Ausgangspunkt für unsere Untersuchungen. — Das Untersuchungsmaterial wurde gewonnen, indem die randständigen und abgehobenen Epithelteile mit der Pinzette abgezogen wurden. Aus diesen Epitheldeckenfetzen wurden dann 1. die Ausstrichpräparate angefertigt und 2. Kulturen angelegt. Selbstverständlich wurden auch aus dem Grunde der der Epitheldecke verlustig gegangenen Erosion Ausstriche gemacht. Als zweckmäßigstes Untersuchungsmaterial haben sich für uns von Anfang an die stehengebliebenen Reste der Epitheldecke am Rande erwiesen. Dieses sei Herrn Miescher gegenüber ausdrücklich betont. In der Arbeit von Berendsen mag das vielleicht nicht deutlich genug hervorgehoben sein.

Es ist bereits in früheren Veröffentlichungen aus hiesiger Klinik darauf hingewiesen, daß auf alten Kulturen neben den typischen Hefeformen auch Schlauchformen in die Erscheinung treten, so daß bereits damals der Gedanke geäußert wurde, es könnten fließende Übergänge von den Oidiomyzeten mit typischem Soormyzel über die pathogenen Hefen mit größerer oder geringerer Schlauchbildung zu den eigentlichen Sproßhefen vorhanden sein.

Wir wurden somit dazu angeregt, unsere Stämme erneut zu prüfen. Zu vergleichenden Untersuchungen wählten wir drei Soorstämme, die in den Tabellen mit den Nr. III, IV, V bezeichnet wurden. Diese Stämme waren aus typischem klinischem Soor der Mundhöhle isoliert; ferner eine gewöhnliche Brauereihefe, die auf der hiesigen Unionbrauerei zur Zeit noch im Betriebe Verwendung findet und hinsichtlich ihres Gärvermögens zur vollen Zufriedenheit arbeitet. In den Tabellen wurde diese mit I bezeichnet. Mit der Nr. II wurde eine in der Sammlung vorrätig gewesene Hefe San-Felix bezeichnet; da der Stamm, der bereits sehr lange im hiesigen Institut fortgezüchtet worden war, kaum mehr Wachstum zeigte, wurde er späterhin ausgeschaltet. Von den bei der Erosio interdigitalis gezüchteten Keimen verwandten wir fünf Stämme, die mit VI, VII, VIII, IX, X bezeichnet wurden.

A. Wachstum auf Agar und Traubenzuckeragar.

Auf Agarplatten wuchsen sämtliche Stämme, makroskopisch betrachtet als runde, weiße, grauweiße oder gelbweiße, wachsartige Rasen. Die geringen Farbunterschiede waren keine konstante Erscheinung.

Die Einzelkolonien waren rund, hoch, wachsartig glänzend. Eine Ausnahme bildete Stamm III, bei dem die Kolonien auf Traubenzuckeragar makroskopisch sichtbare Ausläufer zeigten.

Digitized by Google

Bei mikroskopischer Betrachtung einzelner Kolonien auf gewöhnlichem Agar zeigten sechs Stämme nur runde oder elliptisch geformte Hefezellen. Bei Soorstamm III sah man an dem Rande der Kolonie fädige Ausläufer; bei Soorstamm IV zeigten sich an dem Rande der Kolonie viele längliche, elliptische Hefezellformen, deren Durchmesser sich wie 1 : 5 verhielten. Bei Erosiostamm IX zeigten sich in den Randpartien der Kolonien einige Tropfen-, Keulen- und kurze Schlauchformen.

Die mikroskopische Betrachtung der auf Traubenzuckeragar gewachsenen Kulturen ergab im allgemeinen das gleiche Verhalten wie das auf Agar. Abweichend verhielt sich nur Soorstamm IV, der keine langgestreckten Zellen zeigte, und die Brauereihefe, die auf Traubenzuckeragar im Gegensatz zu den Kolonien auf Agar einzelne schlauchförmige Gebilde am Rande der Kolonien aufwies.

B. Lindnersche Federstrichkultur.

Weiterhin wurden unsere Stämme in der „Lindnerschen" Federstrichkultur angesetzt; bei dieser Methode zeigen sich besonders schön die Wachstumsformen der einzelnen Kultur.

In den ersten zwei Tagen waren bei sämtlichen Stämmen (I—X) fast nur Hefezellformen gewachsen. Die Brauereihefe zeigte nach acht Tagen vereinzelt einige Schlauchformen. Die Soorstämme (III—V) zeigten nach vier Tagen bereits zahlreiche Fäden- und Schlauchbildung. Die Erosiostämme (VI—X) zeigten nach vier Tagen, teils noch später Schlauchbildung; jedoch waren die Schläuche weniger zahlreich und kürzer als die der Soorstämme. Auch waren dieselben hauptsächlich dort aufgetreten, wo mehr freier Raum vorhanden war, also vorzüglich am Rande des Federstriches, während bei den Soorstämmen die Fadenbildung sich ebensosehr mitten zwischen den dicht gelagerten Hefezellformen zeigte.

C. Würzegelatine.

Zur weiteren Untersuchung unserer Stämme impften wir dieselben auf Würzegelatine, da dieser Nährboden sich besonders zur Anlage von sogenannten Riesenkolonien eignet; es wird nur eine Öse von dem betreffenden Stamm auf den Nährboden gebracht. Von dieser Stelle aus beginnt nun eine flächenhafte Ausdehnung nach allen Seiten, wobei die meisten Hefen ein besonderes Wachstum zeigten. Bereits im März 1922 begannen wir damit, die Stämme auf die Würzegelatine zu impfen. Hierbei zeigte die Brauereihefe ein ganz trockenes Wachstum; die aufgetragene Hefe lagerte als gelbweißer Belag in der Mitte, und von da aus ging ein trockener, grauer und dünner Belag nach der Peripherie hin. Die drei Soorstämme (III, IV, V) zeigten gemeinsam ein graues, feuchtschmieriges, koliartiges Wachstum, mit leichter Verflüssigung des Nährbodens. Alle Soorstämme wiesen dort, wo der Nährboden dünn und trocken war, ein trockenes, weißes Fädengeflecht auf.

Von den Erosiostämmen zeigten die Stämme VI und VIII vollkommen trockenes Wachstum ohne die geringste Verflüssigung. Stamm VI

Digitized by Google

zeigte einen dünnen, grauen Schleier mit zahlreicheren dickeren Leistchen, die wie die Rippen eines Kohlblattes von dem aufgetragenen Material aus nach der Peripherie ausstrahlten. Stamm VIII zeigte ein wachsartiges Wachstum; vom Rande gingen überall kleine, graue Fädchen aus. Besonders bei Stamm VIII, weniger bei VI zeigte sich auch weißes Fädengeflecht. Die Stämme VII, IX, X zeigten eine noch viel stärkere Verflüssigung des Nährbodens, als es bei den Soorstämmen der Fall war. Am Grunde der Verflüssigung lagerte die Hefe in gelbweißer Form auf dem noch nicht verflüssigten Nährboden; sie zeigte Ähnlichkeit mit Milchrahm. Bei einem Fall, bei dem der Nährboden ganz trocken geworden war, zeigte sich auf dem ganzen Nährboden ein weißes, trockenes Fadengeflecht; beim Überimpfen auf Nähragar traten wieder kleine, weiße, knopfförmige Hefekolonien auf; es wäre das ein Analogon zu der Gougerotschen Beobachtung [1]).

D. Sporenfärbung.

Eine Bildung von Sporen konnten wir bei Anwendung der Möllerschen Sporenfärbung nicht nachweisen. Um die optimalen Bedingungen für die Versporung herzustellen, ließen wir die Hefen bei 24° in Bierwürze wachsen, impften sie dreimal in den gleichen Nährboden weiter und brachten sie dann auf Gipsblöcke. In unseren Fällen sahen wir ebenso, wie es bereits in der Arbeit von Sasakawa beschrieben war, ebenfalls kleine, rot gefärbte Körnchen sowohl im Innern der elliptisch geformten Hefezellen, als auch in den Schlauchformen; das gleiche wurde auch bei den Soorstämmen beobachtet; bei den letzteren waren in diesen gefärbten Präparaten nicht die langen, fädigen Gebilde wie in den frischen Präparaten vorhanden.

E. Vergärung.

Besonders wichtig erschien es uns, zu prüfen, wie sich unsere Stämme hinsichtlich der Vergärung der Kohlehydrate verhielten; dies um so mehr, als bereits von Lindner angegeben war, daß bei der Saccharose der Soor keine Vergärung zeige, wohl aber die Hefen; daß ferner bei der Galaktose der Soor eine mittelstarke Vergärung bei 25° nach 3—4 Tagen, bei 38° bereits am ersten Tage zeige, während die Hefen nur schwer nach 6—7 Tagen vergären sollten, daß weiterhin beim Dextrin die Hefen keine Vergärung aufwiesen, während der Soor bei 25° und 38° eine mittelstarke am ersten Tage und eine stärkere am dritten und vierten Tage zeige. Auf die Vergärung bei verschiedenen Temperaturgraden legt Lindner besonderen Wert. Aus Sparsamkeitsgründen haben wir für unsere Versuche nur diese drei erwähnten Kohlehydrate genommen; wir sind uns dabei aber wohl bewußt, daß es wünschenswert wäre, daß auch noch andere geprüft würden. Die Gärversuche wurden mehrere Male zur Kontrolle wiederholt, und zwar bei Zimmertemperatur, bei 24 und bei 37°. Zunächst wurden sie im Gärkölbchen angestellt, später nach der „Lindnerschen“ Kleingärmethode wiederholt. Während

[1]) Gougerot. Zitiert nach Sasakawa.

Digitized by Google

die Gärkölbchen den Vorteil boten, durch vorsichtiges Umdrehen derselben Gasblasen, die man eventuell für Luftblasen hielt, aus dem aufsteigenden Schenkel zu entfernen und die Menge des gebildeten Gases direkt vergleichend abzulesen, war andererseits bei dieser Methode der große Nachteil, daß zu leicht eine Verunreinigung mit Schimmelpilzen eintrat, andererseits der Materialverbrauch ein größerer war.

Vorher war bereits versucht worden, ob beim Einimpfen der Stämme in Bierwürze, die wir von Herrn Diplombrauereiingenieur GROTEMEYER in dankenswerter Weise erhielten, irgend welche verwertbaren Unterschiede zutage träten. Während die Brauereihefen darin starke Vergärung aufwiesen, zeigten sich bei den Soorstämmen nach einigen Tagen 2—3 Bläschen, die aber nicht sicher als Vergärung vermerkt werden konnten. Während unsere pathogenen Hefen im allgemeinen keine Vergärung zeigten, bot Stamm VII diese in sehr starkem Maße.

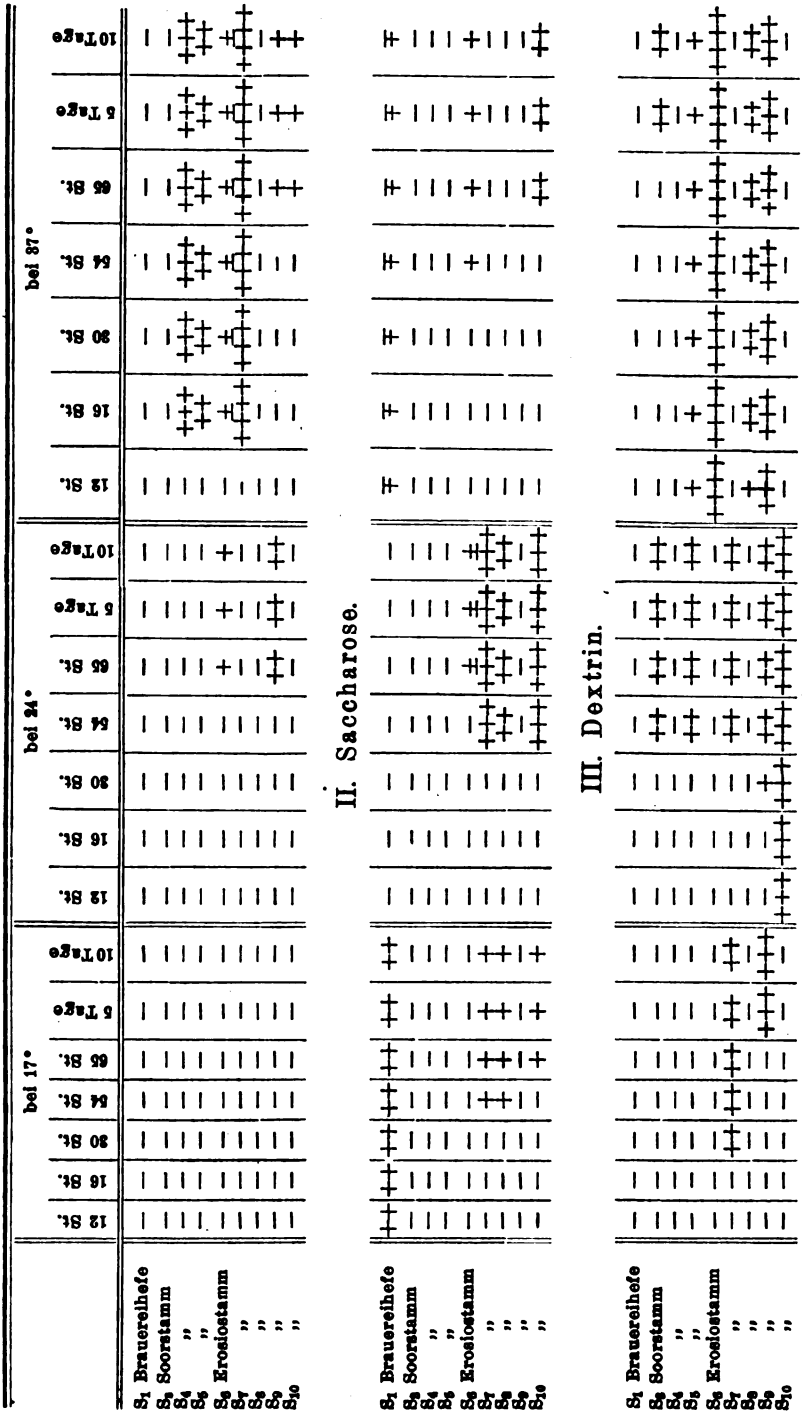
Bei den Gärversuchen mit der Galaktose erhielten wir bei den sämtlichen Stämmen bei 17° keine Vergärung. Bei 24° vergärten zwei von den Erosiostämmen, während die drei anderen sowie die Brauereihefe und die drei Soorstämme nicht vergoren. Bei 37° erhielten wir bei drei Erosiostämmen von den fünf, und ferner bei zwei Soorstämmen Vergärung; nach 65 Stunden trat bei einer weiteren vierten Erosiohefe Vergärung auf. Es handelte sich um eine von den beiden Erosiohefen, die auf der Würzegelatine ohne die geringste Verflüssigung gewachsen waren.

Bei der Saccharose erhielten wir mit sämtlichen drei Soorstämmen keinerlei Vergärung bei allen drei Temperaturen. Die Brauereihefe vergärte bei 17 und 37°, wie zu erwarten war; eigentümlicherweise blieb dieselbe jedoch bei 24° aus. Es ist dieses vielleicht damit zu erklären, daß die Brauereihefe im Betriebe im Gärbottich bei sehr niederen Temperaturen arbeitet. Von den Erosiostämmen zeigte einer bei keiner der drei Temperaturen eine Vergärung; eine zweite zeigte bei 17°, zwei weitere bei 37° keine Vergärung. In den übrigen Fällen zeigte sich Vergärung, die zum Teil viel stärker war als bei der Brauereihefe, was damit erklärt werden kann, daß die untergärigen Hefen überhaupt eine geringere Vergärung darboten, als sie sonst auch die obergärigen zeigen.

Beim Dextrin vergärten von den neun Stämmen bei 17° nur zwei Erosiostämme. Bei 24° vergor ein Erosiostamm bereits nach 12 Stunden sehr stark; nach 30 Stunden trat ein zweiter, nach 54 Stunden noch ein dritter Erosiostamm hinzu. Bei 54 Stunden trat auch bei zwei Soorstämmen Vergärung auf. Bei 37° trat zuerst Vergärung nach 12 Stunden, und zwar bei drei Erosiostämmen und einem Soorstamm, nach fünf Tagen noch bei einem zweiten Soorstamm auf. Hierbei war die Vergärung bei den Erosiostämmen stärker als bei den Soorstämmen. Während also von den Soorstämmen nur zwei, und zwar nur bei 37° vergoren, war unter den Erosiostämmen keiner, der bei allen drei Temperaturen keine Vergärung dargeboten hätte. Zur besseren Übersicht ist hier eine Tabelle beigefügt. Es sei noch besonders darauf hingewiesen, daß die Gärversuche mehrere Male wiederholt wurden und immer dasselbe Ergebnis hatten.

Digitized by Google

Ergebnisse der Gärversuche nach der Kleingärmethode nach Lindner.



Digitized by Google

Zusammenfassend können wir sagen, daß bei Galaktose einzelne Erosiostämme leichter vergären als zwei von den drei Soorstämmen, da bei den ersteren die Vergärung bereits bei 24° eintritt, während dieselbe bei den Soorstämmen nur bei 37° erfolgt, und daß die Brauereihefe und ein Soorstamm dieselbe nicht vergärt. Bei der Saccharose finden wir Vergärung bei den meisten Erosiostämmen und der Brauereihefe, nicht dagegen bei den Soorstämmen. Beim Dextrin erhielten wir starke Vergärung mit allen Erosiostämmen, schwächere mit zwei Soorstämmen, keine mit einem Soorstamm und mit der Brauereihefe.

Unsere unter bakteriologischen Gesichtspunkten vorgenommenen Untersuchungen haben keine Ergebnisse gezeitigt, aus denen sich eine Trennung der geprüften Stämme natürlicherweise ergibt. Wie bei Sasakawa, der sämtliche bei den verschiedenen Hautaffektionen gefundenen pathogenen Hefen einer eingehenden Prüfung unterzogen hat, diese bald mehr dem Soor, bald mehr den Torulaarten nahe kamen, so zeigten auch unsere Erosiostämme, daß sie, obwohl sie klinisch ein und dieselbe Affektion beim Menschen hervorriefen, sich bei den in der Bakteriologie gebräuchlichen Untersuchungsmethoden absolut nicht einheitlich verhielten. Eine scharfe Trennung der Erosiostämme gegenüber der Brauereihefe und den Soorstämmen hat sich ebenfalls nicht ergeben.

Auf Agar und Traubenzuckeragar kamen bei der Brauereihefe sowohl wie auch bei den Soor- und den Erosiostämmen schlauchförmige Gebilde am Rande der Kolonie vor. Wenn auch ein Soorstamm diese Erscheinung in so starkem Maße bot, daß es auf Traubenzuckeragar makroskopisch sichtbar war, so handelt es sich doch nicht um einen grundsätzlichen, sondern nur um einen graduellen Unterschied. Diese graduellen Unterschiede ergaben sich auch in der „Lindnerschen" Federstrichkultur. Die Versporung und Vergärung und das Wachstum auf Würzegelatine ergaben ebenfalls keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Die festgestellten Abweichungen traten innerhalb der einzelnen Gruppen fast in gleichem Maße zutage wie bei den Gruppen selbst.

Uns erscheint es deshalb gekünstelt, wenn trotzdem von anderer Seite versucht wird, auf Grund der bisher angewandten Untersuchungstechnik eine Einteilung vorzunehmen.

Wir fassen das Ergebnis unserer Untersuchungen wie folgt zusammen:

1. Die geprüften Stämme (Brauereihefe, Soorgruppe und Erosiohefengruppe) zeigen makroskopisch auf Agar und Traubenzuckeragar im allgemeinen gleichartiges Verhalten. Die mikroskopische Betrachtung von Einzelkolonien auf Agar und Traubenzuckeragar ergibt ebenfalls keine Gruppenunterschiede. Die fädigen Ausläufer an dem Rande der Kolonien haben die Brauereihefe ebensowohl als einzelne Soor- und Erosiostämme, während andere diese Erscheinung nicht zeigen.

2. In der „Lindnerschen" Federstrichkultur zeigen alle geprüften Stämme, die Brauereihefe ganz vereinzelt, die Soorstämme am zahlreichsten, Schlauchbildung; die Erosiostämme stehen an Häufigkeit der Schlauchbildung zwischen diesen.

3. Bei Gärversuchen zeigen sich wohl Einzelunterschiede, aber keine Gruppenunterschiede zwischen den von uns geprüften Stämmen.

Digitized by Google

Die in der Bakteriologie gebräuchliche Untersuchungstechnik ist nicht in der Lage, uns konstante charakteristische biologische Unterscheidungsmerkmale zwischen Brauereihefe, Erosiohefe und dem Soorpilz an die Hand zu geben. Deshalb erscheint es uns angebracht, lediglich pathogene und nicht pathogene Hefearten zu unterscheiden. Solange die Botaniker die Frage über die Stellung des Soorpilzes in suspensu lassen, so lange sollte auch der Kliniker nicht mit derartigen noch nicht einheitlich aufgefaßten Begriffen arbeiten, sondern den Soorpilz mit den Saccharomyzeten zusammen als Ordnung der Klasse der Eumyzeten, speziell der Askomyzeten auffassen.

Der Begriff des Soor ist aber als klinische Bezeichnung einer bestimmten Affektion der Mund- und Rachenhöhle aufrechtzuerhalten. Ebenso natürlich ist es, daß man den dabei seit langem gefundenen Erregern den Namen Soorpilz ohne weiteres beläßt.

Auf dem Gebiete der Hautaffektionen, die durch Hefen und ihnen nahestehende Keime hervorgerufen sind, hat sich seit langem der Name „Blastomykose" eingebürgert. Diesen Namen kann man dann um so eher beibehalten, wenn er nur besagen will, daß er eine Gruppe von Affektionen in sich vereinigt, die sich, wie Buschke bemerkt, infolge von Übergängen in klinischer und botanischer Beziehung an die eigentliche Hefeinfektion angliedern.

Es liegt also auch kein Grund vor, von Erosio interdigitalis oidiomycetica statt von Erosio interdigitalis blastomycetica zu sprechen.

Literatur:

1. Kolle-Wassermann, Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. 1913, Bd. 5. H. C. Plaut, Die Hyphenpilze oder Eumyzeten. S. 1. A. Buschke, Die Sproßpilze. S. 378. — 2. Strasburger, Lehrbuch der Botanik, 1906. — 3. J. Bongert, Bakteriologische Diagnostik der Tierseuchen. 1916. Die epizootische Lymphgefäßentzündung. S. 378. — 4. Kaufmann-Wolf, Zur Klassifizierung einiger Dermatomykosen. Derm. Zschr., Bd. 22, S. 441. — 5. Marie Kaufmann-Wolf, Über Pilzerkrankung der Hände und Füße. Derm. Zschr., 1914, Bd. 21, S. 385. — 6. Fabry-Kirsch, Zur Frage der Blastomykose der Haut. Arch. f. Derm., 1905, Bd. 77, S. 375. — 7. Fabry, Über Erosio interdigitalis blastomycetica seu saccharomycetica. M. m. W., 1917, Nr. 48, S. 1557. — 8. Fabry, Weitere Mitteilungen über Erosio interdigitalis blastomycetica. Derm. W., 1918, Bd. 66. — 9. Berendsen, Weitere Mitteilungen über Erosio interdigitalis blastomycetica. Arch. f. Derm, 1919, Bd. 76, H. 2, S. 751. — 10. Stickel, Zur Frage der Erosio interdigitalis blastomycetica. Derm. W., 1921, Bd. 72. — 11. Sasakawa, Zur Systematik pathogener und parasitischer Hefen. Zbl. f. Bakt, 1922, H. 4, S. 269. — 12. Mirscher, Über einen Fall von Miliaria rubra oidiomycetica. Derm. W., Bd. 73, Nr. 49. — 13. Lindner, Mikroskopische Betriebskontrolle in den Gärungsgewerben. 1909. — 14. Lindner, Gärversuche mit verschiedenen Hefe- und Zuckerarten. W. f. Brauerei, 1911, Jahrg. 28, Nr. 6.

Digitized by Google

Aus der dermatolog. Abteilung des städtischen Krankenhauses Altona (Prof. Dr. Bruck).

Beiträge zur weiblichen Gonorrhoetherapie und zur persönlichen sexuellen Prophylaxe beider Geschlechter.

Von

Carl Bruck.

(Schluß.)

Das Resultat war folgendes: Von den 32 genügend lange beobachteten Fällen blieben 4 ungeheilt (die 4 Adnexfälle). Bei diesen war zwar die Urethra frei von Gonokokken geworden und blieb es auch, aber in den Zervixsekreten waren auch nach achtwöchiger Behandlung noch Gonokokken vorhanden, so daß nun zu anderer Behandlung (Arthigon) übergegangen wurde.

Von den noch restierenden 28 Fällen waren 5 Fälle zwar nach 5 Wochen und Aussetzen der Behandlung frei in Urethra und Zervix, bekamen jedoch im Anschluß an die nächste Menstruation bzw. auf Arthigonprovokation ein Rezidiv. Nach weiterer 3wöchiger Stäbchen- und Tablettenbehandlung blieben 4 davon dauernd geheilt, 1 bekam wieder ein Rezidiv und wurde dann anderweitig weiterbehandelt.

23 blieben bereits nach 5wöchiger Behandlung dauernd geheilt.

Wenn wir uns zu dem Ausspruch „Heilung" entschließen, so legen wir dabei den strengen Maßstab an, der unbedingt angelegt werden muß, und den Asch und Wolff neuerdings wieder klar vorgezeichnet haben. Wir können daher auf die Wiedergabe der einzelnen Krankengeschichten verzichten und nur so viel betonen, daß keine der Kranken ohne eine mindestens 2 Monate nach Beendigung der Behandlung durchgeführte Nachkontrolle und ohne Anwendung aller lokalen und allgemeinen Provokationsmethoden (Arthigon, Aolan) als „geheilt" entlassen wurde. Unter diesen Umständen glauben wir auch unserem relativ kleinen Beobachtungsmaterial Beweiskraft beimessen zu dürfen, denn gerade bei der weiblichen Gonorrhoe kommt es u. E. mehr darauf an, eine beschränkte Anzahl von Kranken genauestens zu beobachten und nachzukontrollieren, als Behandlungsstatistiken an Hunderten von Krankenhausfällen aufzustellen, deren Einzelbeobachtung und genügende Nachkontrolle auch bei bestem Willen immer auf Schwierigkeiten stoßen wird. Wir sind uns weiter bewußt, daß vielleicht auch die genannte Kontrollzeit noch zu kurz bemessen ist, aber selbst wenn wir annehmen, daß von den „geheilten" Kranken noch die eine oder andere rezidiviert, so müssen wir doch zugeben, daß das Endresultat ein recht befriedigendes ist. Wir stehen jedenfalls nicht an, zu behaupten, daß die skizzierte einfache, in der ambulanten Praxis leicht durchführbare und reizlose Therapie der weiblichen Gonorrhoe mit den Scheringschen Hegononstäbchen und -tabletten in ihren Erfolgen die bisher

Digitized by Google

in der ambulanten und Krankenhauspraxis von uns ausgeübten verschiedensten Behandlungsmethoden wesentlich übertroffen hat.

Wir können sie daher zur Nachprüfung dringend empfehlen.

Der zweite Punkt, dessen Wichtigkeit für eine erfolgreiche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht hoch genug bewertet werden kann, ist die persönliche Prophylaxe. Noch immer ist — und nicht nur in Laienkreisen — die Kenntnis keine allgemeine, daß es kaum eine andere von Mensch zu Mensch übertragene Gruppe von Infektionskrankheiten gibt, bei der ein Selbstschutz mit einer verhältnismäßig so hohen Erfolgsaussicht möglich ist, wie gerade bei den Geschlechtskrankheiten. Aber auch von denjenigen Personen, die genaue Kenntnisse über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten einerseits und die Möglichkeit eines erfolgreichen Selbstschutzes andererseits besitzen, wird eine persönliche Prophylaxe erstaunlich selten angewendet. Ich sehe hier ab von dem relativ sichersten Selbstschutz, dem Kondom, dessen Anwendung begreiflicherweise nicht nach jedermanns Geschmack ist und der seine Unbeliebtheit weniger der Beeinträchtigung der Voluptas als ästhetischen Gründen verdanken dürfte. Stört doch viele Männer neben dem wenig ästhetischen An- und Ablegen dieses Schutzapparates schon allein der Gedanke, daß sie dem Liebespartner auf diese Weise ihr Mißtrauen sinnfällig vor Augen führen müssen. Aber auch der Gebrauch der diskret und bequem anzuwendenden chemischen Schutzmittel ist immer noch ein minimaler! Der Grund liegt m. E. weniger in der zweifellos vorhandenen großen Indolenz des Publikums in sexualhygienischer Beziehung, als darin, daß die genannten Prophylaktika wegen ihrer differenten Bestandteile lediglich im Apothekenverkehr zu haben sind. Darin aber stimmen die Urteile der meisten Apotheker überein, daß die Fälle, in denen Schutzmittel in den Apotheken spontan verlangt werden, zu den großen Seltenheiten gehören. Aber auch dort, wo der Arzt selbst den Patienten auf die Wichtigkeit der persönlichen Prophylaxe hinweist und ihm ein Rezept auf ein Schutzmittel in die Hand gibt, ist der Erfolg ein geringer. Das Rezept wird zwar meist mit Dank angenommen, aber dann geht es verloren, oder im geeigneten Moment ist es gerade verlegt und nicht auffindbar!

Wie ist dem abzuhelfen?

Die bisherigen wissenschaftlich begründeten Luesschutzmittel bedienen sich als wirksame Substanz meist der Quecksilber- (Metschnikoff) oder der Chininverbindungen (Scherbschewsky). Metschnikoff empfahl eine Kalomelsalbe, Neisser-Siebert eine Sublimatcreme, Bruck eine Hg-oxycyanat.-Creme (Caviblencreme). Scherbschewsky zieht auf Grund seiner Versuche eine Chininsalbe vor. Manteufel und Zschucke geben neuerdings eine Sublimatlanolinsalbe an, die sie als gleichzeitige Lues- und Gonorrhoeprophylaxe empfehlen. Dieser Gedanke, der übrigens schon 1919 von Berg (Hg + Arg.-salicyl.-Salbe) durchgeführt wurde, dürfte zwar vom Standpunkt des Bakteriologen aus berechtigt sein, aber in seiner praktischen Ausführbarkeit auf Schwierigkeiten stoßen. Denn wir dürfen doch nicht verkennen, wie grundverschieden der Infektionsmodus der Gonor-

Digitized by Google

rhoe von dem der Lues ist. Ein Auftragen von Sublimatsalbe auf die Fossa navicularis — und darauf würde es doch praktisch hinauskommen — dürfte m. E. kaum genügen, um eine Tripperinfektion zu verhüten, selbst vorausgesetzt, daß wir die abtötende Wirkung des Sublimats auf die bereits auf der Schleimhaut angesiedelten Gonokokken als genügend sicher annehmen. Abgesehen davon ist es aber jedem Gonorrhoetherapeuten bekannt, daß Sublimat auf der Schleimhaut zwar eine recht erhebliche Reizwirkung entfaltet, daß aber seine gonokokkentötende Kraft im Gegensatz zum Reagensglasversuch eine sehr bescheidene ist, und daß es von den Silberverbindungen hierin wesentlich übertroffen wird.

Die Empfehlung der Hg- und Chininpräparate gründet sich auf Tierversuche, die bei experimenteller Affen- und Kaninchensyphilis und der Mäuserekurrens angestellt wurden. Wenn auch der Wert dieser Versuche nicht bestritten werden soll, so darf doch ihre Bedeutung nicht zu sehr überschätzt werden, denn es ist schließlich immer noch ein Unterschied, ob ein Mensch sich auf dem natürlichen Wege mit Lues infiziert oder ob Syphilis- oder Rekurrensmaterial einem Versuchstier auf die künstlich erodierte Haut eingerieben wird. Am meisten den natürlichen Verhältnissen nahekommend sind die Versuche Scherbschewskys, wenn auch die Bedeutung und das Wesen der „originären Kaninchenspirochätose" noch nicht endgültig geklärt ist. Jedenfalls zeigen aber die genannten Versuche, daß mit Hg- und Chininpräparaten — wenigstens soweit das Tierexperiment einen Schluß gestattet — ein relativ sicherer Schutz vor Spirochäteninfektionen zu erzielen ist.

Und doch will es mir aus mehreren Gründen zweifelhaft erscheinen, ob gerade die Hg- und Chininverbindungen die für die Praxis der Luesprophylaxe geeignetsten Substanzen darstellen. Wir müssen uns klar machen, was wir mit den zum Syphilisschutz heranzuziehenden Stoffen erreichen wollen! Folgende zwei Möglichkeiten sind vorhanden: 1. Wir verwerten eine spezifisch spirochätozide Wirkung derart, daß das betreffende Mittel nicht nur bei unmittelbarer Berührung mit den Spirochäten diese abtötet, sondern daß es kraft seiner elektiven Wirkung auch etwa bereits in die Lymphbahnen eingedrungene Erreger erreicht. Wollen wir das erreichen, so liegt es m. E. viel näher, dasjenige Präparat zu wählen, das in seiner elektiv spirochätoziden Wirkung in vivo alle anderen übertrifft: das Salvarsan! Ich erinnere an die Erfahrungen mit lokaler Salvarsanbehandlung bei Angina Plaut-Vincent, bei Stomatitis ulcerosa und an die Wirkung des Unna-Pazschkeschen Salvarsansirups auf luetische Prozesse, Erfolge, die auch ich völlig bestätigen konnte. Es wäre deshalb die Einführung einer Salvarsancreme zur persönlichen Luesprophylaxe recht aussichtsreich, stünde dem nicht leider das Hindernis entgegen, daß es bisher nicht gelungen ist, ein chemisch und biologisch dauernd haltbares Salvarsancreme- oder -salbenpräparat zu finden.

Der zweite Weg ist der der direkten desinfektorischen Wirkung des Prophylaxemittels derart, daß das Mittel die auf die Haut oder in Hautrisse geratenen Spirochäten bei direkter Berührung momentan abtötet. Praktisch wird eine solche direkte Desinfektionswirkung des

Digitized by Google

Prophylaktikums in den meisten Fällen genügen. Ist das aber der Fall, so wird es nötig sein, sich über die desinfektorische Wirkung der verschiedenen chemischen Substanzen auf Spirochäten genau zu unterrichten, mit anderen Worten: diejenige größte Verdünnung genau auszutitrieren, die bei direkter Einwirkung auf Spirochäten diese augenblicklich abzutöten vermag. Mein Assistent, Dr. Laband, hat auf meine Anregung diese Frage in großen Versuchsreihen studiert und wird über die Technik und die gewonnenen Resultate an anderer Stelle ausführlich berichten. Ich gebe hier nur folgende Auszüge:

Spirochäten werden **sofort** abgetötet:

von	bis zur Verdünnung
Sublimat	1:20000
Vucin	1: 5000
Eucupin	1: 3000
Formaldehyd	1: 1500
Optochin	1: 1000
Arg. nitr.	1: 1000
Silbereiweißverbindungen	1: 1000
Choleval	1: 1000
Kal. permang.	1: 1000
Chin. mur.	1: 400
Thymol	1: 400
Acid. benzoicum	1: 400
Hydrogen. peroxyd.	1: 300
Neosalvarsan	1: 6
Alcohol. absol.	1: 2
Glyzerin	1: 1

Nicht sofort abgetötet werden Spirochäten durch:

Acid. salicyl. (gesättigte wäßrige Lösung)	1:500
Acid. arsenicos.	1%
Morph. muriat.	1%
Kresolseifenlösung	1%
Arsacetin	1:25
Kal.-chloric.-ges.-Lösung	1:17
Rohrzuckerlösung	10%

Wir sehen aus dieser Zusammenstellung, daß zwar das Sublimat in seiner spirochätentötenden Kraft alle übrigen geprüften Substanzen wesentlich übertrifft, daß aber auch Präparate noch in hohen Verdünnungen sofort spirochätentötend wirken, die praktisch als ungiftig bezeichnet werden können. Von diesen Gesichtspunkten aus wird neuerdings unter dem Namen „Memento“ durch die Firma Kurt Gaedtke, G. m. b. H., Hamburg, Speersort 6, ein Präparat in den Handel gebracht, das sich lediglich ungiftiger Bestandteile bedient und das trotzdem allen Anforderungen, die wir an ein wirksames Schutzmittel stellen müssen, gerecht werden dürfte.

Das Mementomittel für Männer besteht aus einer fettfreien, farb- und geruchlosen wasserlöslichen, auf der Haut völlig reizlosen Benzoe-

Digitized by Google

säure-Formalincreme, die, im hängenden Tropfen mit Spirochätenmaterial zusammengebracht, sofort abtötend wirkt, und die im Rekurrensversuch, der ja für die Prüfung von Syphilisprophylaktika unerläßlich geworden ist und der in größeren Versuchsreihen von Prof. Troester vorgenommen wurde, die Mäuse prompt vor der Infektion schützte.

Für die Gonorrhoeprophylaxe liegen der Packung kleine in die Fossa navic. einzuführende Hegononstäbchen bei, die den oben geschilderten Therapiestäbchen nachgebildet sind, zu einer reizlosen Wasserpaste zerfallen und eine längerdauernde Desinfektionswirkung garantieren.

Das Mementomittel für Frauen enthält in handlicher Packung außer der Creme etwas längere Stäbchen für die Urethra und Tabletten für die Scheide.

Die im Berliner Gesundheitsamt vorgenommene Prüfung der Schutzmittel auf die gonokokkentötende Kraft der Stäbchen und Tabletten ergab, daß bei Zimmertemperatur Gonokokken in 1—3, längstens in 10 Minuten, bei Körpertemperatur aber regelmäßig schon nach 2 Minuten vollkommen abgetötet werden.

Durch die Einführung des Mementomittels eröffnet sich m. E. ein Weg, für die persönliche Prophylaxe solche Substanzen zu wählen, die dem freien Handel zugängig sind. Das würde bedeuten, daß dem Schutzsuchenden der Weg zur persönlichen Prophylaxe nicht nur über ärztliches Rezept und Apotheke geboten wird (ein Weg, der sich nach den praktischen Erfahrungen für eine ausgedehntere Anwendung des Selbstschutzes als ungenügend erwiesen hat), sondern daß ihm ein erfolgversprechendes und wissenschaftlich begründetes Prophylaktikum auch an denjenigen Stellen zugängig gemacht werden kann, wo er auch seinen übrigen Bedarf an Körperpflegemitteln zu decken gewohnt ist. Ich verkenne nicht die Bedenken, die gegen einen solchen Weg erhoben werden können. Ich bin aber überzeugt, daß, wenn wir eine praktische Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten betreiben wollen, wir den Verhältnissen, wie sie nun einmal liegen, auch Rechnung tragen müssen. Erst dann wird die persönliche Prophylaxe eine von uns allen gewünschte Ausbreitung finden, wenn zweckmäßige Selbstschutzmittel auch im weitesten Maße dem Verbraucher zugängig gemacht werden.

Eigenblutbehandlung.

Von

Geh. San.-Rat Dr. Nourney in Mettmann.

1. Eigenblutbehandlung im Lichte der Reiztherapie.

In einem Vortrage auf der Versammlung der Dermatologen Rheinlands und Westfalens in Essen am 26. XI. 1922 legte Leven-Elberfeld den Schwerpunkt des Kampfes gegen Infektionskeime in eine Reizung der Abwehrzellen zur Bildung von Reaginen. Sind nun unsere chemischen Heilmittel, sowohl organischen wie anorganischen Ursprungs, überhaupt etwas anderes als Reizmittel für die Körperzellen? Auch die Lichttherapie gilt nicht mehr als bakterizid, sondern nur als Reizmittel. Bei sämtlichen Reizmitteln lassen sich die verschiedenen Grade des Reizes klassifizieren von der An-

Digitized by Google

regung zu der angeborenen vitalen Tätigkeit an bis zum Zelltod. Das Serum spielt dabei seine Rolle als Ernährerin der Körperzellen. Ob wir mit der supponierten Bildung von Reaginen weiter kommen als mit den Antikörpern, Antitoxinen usw. bleibt fraglich. Jedenfalls bleibt die vitale Zellentätigkeit im Vordergrund. Dafür spricht die fast regelmäßig nach einer Eigenbluteinspritzung mindestens angedeutete Reaktion gegen eine Infektion und besonders noch die Beobachtung, daß solche Reaktion nicht selten einen anaphylaktischen Charakter annimmt.

Ein Schulbeispiel teilte mir jüngst ein Kollege aus Bonn mit. Er machte bei einem Fall von schwerer, bereits mit Gehirnerscheinungen komplizierter Taboparalyse die Vebli und erlebte eine sehr bedrohliche Krise. Hierauf hatte er mit Quéry-Serum „einen die kühnsten Erwartungen übertroffenen Erfolg" erzielt. Danach erschien es ihm, als ob unter Umständen der Vebli eine kritische Wirkung zukäme. Ich selbst und mehrere andere erlebten bei Gehirnlues Ähnliches.

Experimentell habe ich diese Kardinalfrage bei Revakzination mit Kuhpockengift geprüft. Ich hatte schon in der Glanzperiode des Tuberkulins, um die verschiedenen Arten der Tuberkulinwirkung zu verstehen, häufig Revakzinationen in der Weise vorgenommen, daß ich zu gleicher Zeit abgekochte Kuhpockenlymphe — und zwar, ähnlich wie beim Alttuberkulin, in 4%iger Glyzerinlösung aufgelösten tierischen Impfstoff bis auf 40% Glyzerin eingedickt — subkutan eingespritzt. Ich fand fast regelmäßig vollkommeneren, d. h. einen einer Erstimpfung ähnlicheren Verlauf der Wiederimpfung. Für die Pockenimpfung wird wohl von keiner Seite bestritten, daß ein vollkommenerer Impfverlauf auch einen sichereren Impfschutz verleiht. Vielleicht gilt dies Gesetz für alle Infektionen.

Nun impfte ich einer Zwölfjährigen, die im Jahr vorher ohne Erfolg wiedergeimpft war, am 16. V. 1922 rechts auf 60° längere Zeit erwärmte, und links vollvirulente Lymphe ein, und zwar je nur einen Schnitt. Der Pirquet war bei der erhitzten Lymphe viel stärker als bei der virulenten. Über die Bedeutung dieses Phänomens für die Immunitätslehre habe ich in der W. kl. W., 1911, Nr. 19, in einem Aufsatz „Zur Bewertung der Allergie" einiges mitgeteilt. Am 17. V. und am 19. V. 1922 wurde in derselben Weise je ein Schnitt nachgeimpft. Es trat außer etwas abklingender Allergie absolut keine Aussicht auf, daß die Impfung haften würde, und auch in den vielen Jahren, in denen ich derartige Impfversuche wiederholte, habe ich noch nie eine weitere Entwicklung solcher Impfstellen gesehen.

Am 20. V. 1922 machte ich eine Eigenbluteinspritzung. Am 24. V. 1922 hatte sich zu meinem Erstaunen ein echtes Jennersches Bläschen wie bei Revakzination auf der zuletzt gemachten Impfstelle entwickelt, auch die anderen mit virulentem Impfstoff gemachten Impfstellen zeigten intensivere Röte. Das Impfbläschen trocknete normal ein, und auch heute noch ist an der Impfstelle die ganz charakteristische Impfnarbe zu finden.

In Immunitätsdeutsch übersetzt schließe ich: Der Immunitätswert dieser Impfung ist ein größerer, obgleich zunächst durch die Vebli eine mit anaphylaktischer Reaktion zu vergleichende Wirkung hervorgerufen wurde. Es erübrigt sich, einen Rückschluß auf sonstige Infektionen zu machen.

Auf Seite 234 (1923, Nr. 11) spricht Leven den Gedanken aus: „Der Krieg mit seinen Verletzungen" müßte Eigenblutwirkungen gezeigt haben. Um etwas alltägliches zu sehen, muß man daran denken, habe ich öfters gerade von Dermatologen gehört. Aber in der Immunbiologie besteht noch ein so hochgradiger Daltonismus, daß sogar das „daran denken" nur bei wenigen die anerzogene Blindheit behebt. Drei Beispiele:

Die Eigenblutwirkung rief mir eine wahre Begebenheit aus meiner Jugendzeit in Erinnerung. Ein Landwirt schlug seinen an Demenz leidenden Knecht mit einem Krug so schwer gegen den Kopf, daß er viele Tage bewußtlos dalag. Doch als der Schwerverletzte diese Behandlung überstanden hatte, zeigte es sich, daß auch die Demenz geschwunden war. Dies Wunder erkläre ich mir jetzt durch Eigenblutwirkung.

Ich selbst hatte seit fast einem Jahr Schmerzen im linken Fußgelenk. Plattfußsohlen brachten unvollkommene Besserung. Mein Pirquet ist stark positiv, so wurde ich bedenklich. Ein mehr quetschender Hundebiß in die linke Wade, mit weit ausgedehnter Hautverfärbung, war der Anfang der jetzt völligen Heilung.

Am 13. III. 1923 sprach Kollege Mühlenkamp im Verein der Ärzte Düsseldorfs über „Operative Behandlung der Ozäna". Die vielen Operationsmethoden haben das gemeinsam, daß eine Nasenmuschel operativ gelockert und dem Septum genähert wird. Ich wagte nicht, nach Evenings Verurteilung (Derm. W., S. 36—38), in einem so dal-

Digitized by Google

tonistisch Immunitätsgedanken beurteilenden Kollegenkreis, darauf aufmerksam zu machen, daß für die Heilung auch die durch die Operation ausgelöste Wirkung des Eigenblutes in Frage käme.

Doch das sind Beispiele. Bei philosophischer Betrachtungsweise werden so leicht „Beispiele" als „Beweise" angesehen. Ich glaube, wer die Immunitätsvorgänge „kennt" und stetig an sie „denkt", wird ihre Bedeutung in der täglichen Praxis immer höher einschätzen, und dann willig seine Heilkunst den Naturgesetzen unterordnen.

2. Erwiderung auf Evenings Arbeit: Zu Nourneys Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten[1]).

Als Hüter des heiligen Schatzes, welcher durch die Vebli aufgedeckt wurde, darf ich nicht schweigen. Es gehört „mehr als Mut" dazu, über Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten abzuurteilen, ohne den Kern der Sache auch nur mit einem Worte — außer in der Überschrift — zu berühren. Doch finden sich in Evenings Mitteilungen die Gründe, welche eine Immunitätsbehandlung rechtfertigen — natürlich nicht in seinen praktischen Resultaten.

S. 37 steht geschrieben, „daß die Gonorrhoe des Mannes in vielen Fällen bei zweckmäßigem Verhalten des Patienten in 4—6 Wochen auch ohne lokale Therapie abheilen kann". Ist das nicht Immunitätsheilung? Durch eine Eigenblutspritze wird die Heilungsdauer erheblich abgekürzt.

„Nach streng wissenschaftlichen Grundsätzen" — Spirochätennachweis, serologische Untersuchung — wurde die Eigenblutwirkung beurteilt. Aktive Immunisierung verlangt lebende Spirochäten! Gerade die Feststellung in allen luetischen Reaktionsherden habe ich seinerzeit mit Begeisterung begrüßt, da mir dadurch die Hoffnung auf eine Immunitätsheilung auch bei der Lues begründet wurde.

„Serologische Untersuchung." Ja, welche Berge von Mühe und Arbeit finden sich hier aufgehäuft, um dies wichtige Problem zu lösen. Aber eine Grundlage, um eine Immuntherapie der Lues zu verurteilen, ist noch nicht gefunden.

In den Nachbarstädten Elberfeld und Düsseldorf gelte ich fälschlicherweise als Salvarsangegner. Betrachten wir das Eigenblut nur als ein spezifisch organisches Reizmittel, so ist Salvarsan nur ein spezifisches chemisches Reizmittel. Die „noch so scharf durchdachten theoretischen Erörterungen" über die Sterilisation durch Salvarsan haben sich als irrig erwiesen. Trotzdem halte ich das Salvarsan für eine großartige Entdeckung deutschen Geistes. Nur möchte ich mein Teil dazu beitragen, daß ein so hervorragendes Mittel durch ziellose Verpulverung nicht diskreditiert wird und die schulgemäße Anwendung desselben als die allein „sachgemäße" gelten soll.

3. Zur Frage des Heirats-Konsenses.

In Heft 4, Jg. 1922, „Der praktische Arzt" schreibt Wolff-Wiesbaden über Gonorrhoe-Behandlung. Er hebt dabei die Hilfe hervor, welche das Eigenblut leisten kann. Er beginnt die Behandlung sowohl des akuten wie die des chronischen Trippers mit einer subkutanen Einspritzung von 2 ccm Eigenblut. Der spezifische Reiz dieser Einspritzung dauert nach der Erfahrung vieler Kollegen 3—4 Wochen. In dieser Zeit ist durch rein diätetische Behandlung mancher Tripper durch Selbstimmunisierung geheilt. In den nicht völlig geheilten Fällen und auch zur Vorsicht bei den geheilten Fällen folgt jetzt erst die zweite Spritze.

Nun erhalte ich sehr häufig brieflich und persönlich von Patienten, auch Kollegen, die monatelang mit den unspezifischen Reizmethoden (Proteinkörpereinspritzungen, mit den verschiedensten Massagemitteln usw.), nach vergeblicher Lokalbehandlung mit den stärksten Argentum-nitricum-Präparaten behandelt waren, aber dem Enderfolg nicht trauten, die Anfrage: Wann darf ich heiraten?

Die erste Eigenbluteinspritzung gibt meist schon eine ziemlich sichere Antwort. In den meisten Fällen erscheint in den nächsten Tagen wieder etwas Ausfluß, der nur auf diätetische Behandlung wieder verschwindet. Auch andere Kollegen haben sich davon überzeugt, daß schnellfolgende Eigenblutinjektionen nicht vorteilhaft sind. Die gesteigerte Sekretion war eine Äußerung des spezifischen Immunitätsvorgangs, der durch den spezifischen Reiz hervorgerufen war. Dieser braucht einige Wochen, um sich auszuwirken.

---

[1]) Derm. W., 1923, Nr. 2, S. 36.

Digitized by Google

Also: erst derjenige, welcher nach mehrmaliger Eigenblutbehandlung in vierwöchentlichen Pausen absolut keine Herdreaktionen mehr zeigt, darf heiraten.

Hinzufügen möchte ich noch, daß ich alle Prostitiden in derselben Weise behandle. Nur wird es dabei oft notwendig, durch schmerzstillende Stuhlzäpfchen, denen mit Vorteil etwas Argentum proteinicum zugesetzt werden kann, bei zu heftigen Herdreaktionen die Zwischenzeit erträglich zu machen. Diese wird aber in chronischen Fällen oft so erträglich, daß leichte Arbeit beständig geleistet werden kann, ein Vorteil, der in der jetzigen Zeit von den Patienten hoch eingeschätzt wird.

Zu Nourneys Vebli-Behandlung.

Von

Dr. Adalbert v. Polony, Facharzt für Dermatologie in Komarom, Slowakei.

Längere Zeit beobachte ich, daß um Nourneys Vebli-Behandlung pro und contra schwer gekämpft wird. Es soll mir im Interesse der Allgemeinheit gestattet werden, meine Meinung und meine Argumente dagegen kurz mitzuteilen.

Nourney will in der Therapie der Geschlechtskrankheiten von den subkutanen Venenbluteinspritzungen große therapeutische Erfolge gesehen haben, und zwar vom eigenen Blute der Kranken. Hier liegt der Grundfehler meiner Ansicht nach. Wir wissen, daß die Natur bei jeder Krankheit imstande ist, mit dem Krankheitserreger allein fertig zu werden; diese Fälle sehen wir Ärzte selten; die Kranken besuchen uns nur dann, wenn sie die Krankheit selbst nicht besiegen können.

Der Arzt greift ein entweder durch Zufuhr fertiger Antistoffe oder durch Zufuhr solcher Stoffe, die den Organismus in gewisser Richtung für Bildung der Abwehrstoffe günstig beeinflussen. Also man muß ein Energieplus verwenden! Es ist bekannt, daß der Organismus auf jeden Reiz irgendwie reagiert. So bekommt man sicher eine Reaktion, wenn das Blut aus dem Gefäßsystem herausgenommen und subkutan appliziert wird. Aber diese Reaktion kann nicht anders sein wie eine nach einer gewöhnlichen traumatischen Suffusion.

Wenn Linser schöne Erfolge erzielt hatte, z. B. bei Herpes gestationis mit Sera gesunder Gravider, ist dieses ganz selbstverständlich, denn diese Sera stammen aus fremden Organismen, daher enthalten sie auch solche Stoffe, die im Blute der Kranken nicht vorhanden sind.

Die Autovakzination beruht auch auf einer anderen Theorie, auf einer verständlicheren als der Vebli-Therapie. Bei der Autovakzinebehandlung nimmt man — wie bekannt — die Materie aus dem Eiter der Patienten und gewinnt daraus die Vakzine, mit der man sichere Resultate erzielen kann. Aber den Eiter muß man ganz anders beurteilen als das zirkulierende Blut. Der Eiter bedeutet einen abgelaufenen Prozeß, wo der Organismus dort am Platze mit dem Erreger fertig geworden ist; also er enthält fertige — im Blut nicht anwesende — Abwehrstoffe. Wenn man diese dann irgendwie verwendet, ist eine gewisse Berechtigung vorhanden.

Ebenso wie der letztgenannte Stoff bilden auch andere spezifische und unspezifische ein Energieplus, die dem Organismus in gewisser Richtung einen heilenden Stoß geben. Aber auf welche Art das eigene Blut des Kranken, subkutan eingespritzt, wirken soll, wenn dieses Blut kein Plus besitzt dem zirkulierenden gegenüber, ist mir vollkommen rätselhaft. Es kann höchstens eine Reaktion hervorgerufen werden, wie bei einer Kontusion oder einem Hämatom. Und von Kontusionen hat noch niemand eine Heilung von Geschlechtskrankheiten gesehen.

Wenn die Vebli-Behandlung erfolgreich wäre, dann wäre das ewig unlösliche Problem des „Perpetuum mobile“ in ärztlicher Hinsicht gelöst.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Dezember 1922, Nr. 12.

Über das Erysipeloid (De l'erysipéloide), von W. Dubreuilh und P. Joulia. S. 609—614. Bericht über fünf beobachtete Fälle.

Oberflächliche tertiäre Syphilide mit Hautatrophie (Syphilides tertiaires superficielles avec atrophie cutanée), von Lortat-Jacob und P. Legrain. S. 615—621. Der hier geschilderte Fall stellt eine Besonderheit dar insofern, als es sich um eine reine Hautatrophie ohne Narbengewebe und ohne Pigmentbildung handelt. Für gewöhnlich sind die Atrophien syphilitischen Ursprungs in der Sekundärperiode beobachtet worden, so von Mibelli als die Syphilides atrophiantes oder von Balzer als Vergetures rondes. Das klinische Bild des Falles war uneinheitlich, je nach dem Sitz der Efloreszenz. Am rechten Oberschenkel (dazu Abbild.) bis hinauf zur rechten Hinterbacke war die Haut in weiter Ausdehnung erythematös, mit polyzyklischer Begrenzung, leicht infiltriert, teils von lichenoidem Aussehen infolge der kleinen, weißlich glänzenden Schüppchen. An Händen und Hodensack bestand ein rein erythematöser Typ, der auf Fingerdruck verschwand; seine Begrenzung war undeutlich, keine Infiltration. Am Hodensack Haarausfall, an den Händen ein leichter Grad von Hyperkeratose, besonders deutlich an den Falten. WR positiv. Die Erscheinungen verschwanden auf Schmierkur.

Die Wassermannsche Reaktion bei Tuberkulose, insbesondere bei tuberkulösen Hautaffektionen (La réaction de Wassermann dans la tuberculose, en particulier dans les affections tuberculeuses de la peau), von H. Boas und K. With-Kopenhagen. S. 622—643. Die Verff. haben die Frage des Vorkommens positiver WR bei Hauttuberkulose nachgeprüft. Die meisten bisherigen Fälle halten einer eingehenden Kritik nicht stand. Die persönlichen Erfahrungen der Verff. zeigen, daß von 1343 Fällen der verschiedensten Arten von Hauttuberkulose nur drei eine positive WR hatten und zwar zwei Fälle von Lupus vulgaris und ein Fall von Lupus verrucosus. Unter 775 Fällen von chirurgischer Tuberkulose hatten 17 eine positive WR. Es handelte sich in allen 17 Fällen um ein gleichzeitiges Bestehen von Tuberkulose und Syphilis. Bei 376 Fällen von Lungentuberkulose war die WR negativ. Auf Grund ihrer Erfahrungen kommen die Verff. zu dem Schluß, daß die Tuberkulose keine positive Wassermannsche Reaktion ergibt. Die drei positiven Fälle (0,1%) unter 2308 Tuberkulosekranken haben praktisch keine Bedeutung, zumal auch hier noch eine latente Lues vorliegen kann.

Die neuen Leprabehandlungen (Les nouveaux traitements de la lèpre), von P. Noel. S. 644—653. Kurze Besprechung der neueren Mittel zur Leprabehandlung, zuerst des Chaulmoograöls, das stomachal gegeben wird. Seine schlechte Verträglichkeit in dieser Anwendung veranlaßte die Forscher, es in geeigneter Präparation intravenös zu geben. Es zeigte sich, daß das Öl dann gut vertragen und Besserung damit erzielt wurde. Das gleiche gilt von dem als Emulsion in die Venen eingespritzten Chaulmoograöl. Ein weiterer Fortschritt wurde von Léonard Rogers in Indien dadurch erzielt, daß vom Chaulmoograöl die Fettsäuren isoliert wurden und diese verseift wurden. Das Mittel trägt den Namen „Gynocardate de soude" und wird intravenös gegeben. Die neueste Verwendung des Chaulmoograöls ist die als lösliche Äthyläther, die aus den Fettsäuren gewonnen werden. Sie entsprechen etwa dem deutschen Präparat „Antileprol" der Firma Bayer. Die Versuche mit den Äthern haben bisher gute Resultate ergeben, besonders bei den frischen Leprafällen. Anhangsweise wird noch ein weiteres Lepramittel, das „Eparséno", erwähnt, das glänzende Resultate gezeigt hat, wie aus einem Bericht an die Société médicale des Hôpitaux de Paris hervorgeht.

F. Quasig-Hamburg.

Digitized by Google

Annales des Maladies Vénériennes.

1922, Bd. 17, Nr. 12.

Über einen tödlich endenden Fall von Spätikterus nach Arsenobenzol (A propos d'un cas mortel d'ictère arsénobenzolique tardif), von J. Golay-Genf. S. 881 bis 886. 25jähr. Frau, die am 19. IV. 1922 mit Schleimhautplaques an der Vulva in Behandlung kommt. Spirochäten werden nachgewiesen. WR ++++. Bekommt vom 19. IV. bis 3. VII. 1922 elf Injektionen Novarsol, im ganzen 7,05 g. Am Ende der Behandlung sind alle Erscheinungen verschwunden, am 2. VIII. 1922 ist der Wassermann negativ. Eine Quecksilberkur wird trotzdem noch angeschlossen, bis am 11. VIII. 1922, nach drei Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum, ein leichter Ikterus einsetzt. Trotzdem noch zwei weitere Spritzen. Am 22. VIII. 1922 Krankenhausaufnahme wegen Erbrechens, Kopfschmerzen und Delirien. Am 28. VIII. 1922 Koma, starker Ikterus, Urininkontinenz; die Leber ist klein, überragt nicht den Rippenbogen. Im Urin zahlreiche Epithelzylinder, Lumbalpunktat negativ. Am 30. VIII. 1922 Exitus. Pathologisch-anatomische Diagnose: Akute gelbe Leberatrophie, Ödeme und Hyperämie des Gehirns, Glomerulo-Nephritis, Ikterus aller Organe. Der Spätikterus nach Salvarsan ist ein toxischer Leberikterus, bei dessen Pathogenese die Syphilis keine Rolle spielt.

Röntgenologische Untersuchungen über die Resorption von Arzneimitteln, insbesondere von intramuskulär injizierten, unlöslichen Wismutpräparaten (Recherches radiographiques sur l'absorption des médicaments et plus spécialement des préparations insolubles de bismuth par la voie intramusculaire), von Levy-Bing, Belgodère und Auclair. S. 887—897. Verff. haben mit Hilfe der Röntgenstrahlen untersucht, wie lange metallische Arzneimittel im Organismus verbleiben bzw. wie schnell sie ausgeschieden werden. Der Arbeit beigegebene, sehr schöne Röntgenbilder zeigen, daß verschiedene Medikamente auch verschiedenartige Bilder geben, die am klarsten sind kurz nach der Einspritzung. Die Klarheit nimmt ab entsprechend der Resorption, so daß man auch eine verzögerte Resorption feststellen und einer toxischen Überladung des Körpers vorbeugen kann. Die Schnelligkeit der Resorption ist abhängig von der Art des Medikaments, von dem Kranken und endlich von bestimmten lokalen Bedingungen, wie Stelle der Einspritzung, angewandtem Druck usw. Interessant ist, daß Oleum cinereum sehr langsam, Wismutpräparate dagegen schnell resorbiert werden und von dem Gesichtspunkt aus vorzuziehen sind.

Ein durch Pilze hervorgerufener Schanker, der einen syphilitischen Schanker vortäuscht (Chancre mycosique simulant le chancre syphilitique), von Mouradian-Beyrut. S. 898. 25jähr. Homosexueller mit einem runden „Schanker" auf der Glans, von 1½ cm Durchmesser, mit zerfetzten Rändern. Der Grund ist induriert und schmierig, so daß das Geschwür in allen Punkten einem Primäraffekt ähnelt. Es war früher verschiedentlich als Ulcus molle diagnostiziert und erfolglos behandelt worden. WR negativ. Verf. fand mikroskopisch zahlreiche Myzelfäden mit massenhaft Sporen. Die Pilznatur des Schankers war damit sichergestellt. Unter täglicher örtlicher Behandlung mit Jodoformäther und Jodkali innerliche Heilung in 12 Tagen.

Fordyces Krankheit. Wie gepunktet aussehender Zustand der Vulvaschleimhaut (État ponctué de la muqueuse vulvaire [Maladie de Fordyce vulvaire]), von R. Barthélemy. S. 900. 20jähr. Prostituierte. Die Innenseite der kleinen Schamlippen zeigte sich nicht glatt wie gewöhnlich, sondern gekörnt: Eine Menge kleiner Erhebungen von weißlich-gelber Farbe geben der Schleimhaut ein gepunktetes Aussehen. Die Erhebungen sind rund, höchstens von 1 mm Durchmesser, von zarter Konsistenz, dem tastenden Finger oft fühlbar und machen den Eindruck von Zysten. Allein ihr Inhalt ist fest, läßt sich aber nicht herausschälen. Ihre Anordnung ist unregelmäßig, manchmal liegen sie vereinzelt, manchmal zu Gruppen beieinander. Sie sind vollkommen schmerzlos und deshalb der Trägerin entgangen, so daß es nicht möglich ist, die Zeit der Entstehung anzugeben. Es wäre interessant, ob sie auch mit der Pubertät erscheinen, wie bei der Krankheit von Fordyce, mit der sie klinisch identisch zu sein scheinen. Die histologische Untersuchung war nicht möglich. Differentialdiagnostisch kamen blennorrhoische Veränderungen und Hyperkeratosis der Schleimhaut in Frage.

Digitized by Google

1923, Bd. 18, Nr. 1.

Die Syphilis des Sympathicus (La syphilis du grand sympathique), von A. Lévy-Franckel und E. Juster. S. 1—23. Verff. besprechen eine Reihe von Erkrankungen, die entstehen können durch eine luetische Schädigung des sympathischen oder parasympathischen Systems oder der von diesen abhängigen endokrinen Drüsen. Gemeinsam ist diesen Krankheiten, daß sie alle bedingt sein können außer durch Lues auch noch durch Trauma oder nervöse Erregungen. Auch die Vererbung spielt eine Rolle (Diabetes). Einteilung in drei Gruppen: 1. solche Krankheiten, bei denen bestimmt das sympathische System im Vordergrund steht: die Raynaudsche Krankheit, die Dyschromieen der Haut (Vitiligo, Leukoderma syphiliticum, Acanthosis nigricans), die Alopezie, die Arhythmien, die Basedowsche Krankheit. 2. Erkrankungen, die mit dem Sympathikus und den endokrinen Drüsen zusammenhängen: die Glossitis exfoliativa marginata, das Myxödem und pluriglanduläre Syndrome und endlich die Addisonsche Krankheit. Schließlich 3. die Erkrankungen, deren sympatischer Ursprung sehr wahrscheinlich ist: die Prurigo Hebrae, die Sklerodermie, die Dysidrosis, die Onychieen und der Diabetes. Verff. empfehlen bei all diesen Erkrankungen, sobald Lues als ätiologisches Moment feststeht, eine spezifische Therapie einzuleiten; sie empfehlen sie aber auch für alle die Fälle, wo Lues wahrscheinlich ist oder doch keine andere Ursache gefunden wird.

Die Ausscheidung bestimmter Arsenpräparate im Urin (Sur l'élimination urinaire de certains composés arsénicaux), von Lévy-Bing und Fkrond. S. 24—58. Experimentelle Untersuchungen über die Ausscheidungsgeschwindigkeit des Sulfarsenols im Urin. Genaue Beschreibung der Methodik. Die Ausscheidungszeit ist verschieden, je nachdem das Medikament intravenös, intramuskulär, per os, per rectum, per vaginam oder perkutan verabreicht wird.

Gummöse Ostitis bei einem zwei Monate alten Säugling (Ostéite gommeuse chez un nourrisson de deux mois), von H. Haxthausen-Kopenhagen. S. 59—87. Bei den hereditär-syphilitischen Knochenerkrankungen der Säuglinge ist der gewöhnliche Typus die Osteochondritis. Selten sind dagegen in der ersten Kindheit die gummösen Formen, die ziemlich häufig bei der Spätlues sind; sie kommen beim Säugling kaum vor, und dann im allgemeinen nur als isolierte Periostitis. Einen solchen Fall beschreibt Verf.; das Besondere dabei ist, daß außerdem noch eine Osteomyelitis mit beträchtlichen Einschmelzungen vorhanden war. Der Krankheitsprozeß betraf den linken Oberschenkel und den rechten Arm. Das beigegebene Röntgenbild zeigt am Oberschenkel eine Affektion, die der tertiären gummösen Ostitis ähnlich ist mit einem etwa kirschgroßen Defekt.

F. Landauer-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Dermatologie von Darier, Civatte, Mallein, Fernand, Boisseau, Du Castel Tzanck, Favre, Clément Simon, Rostaine, Pautrier. (628 S., 165 Abb., 30 fr. A. Maloine et fils, Paris 1923.) Als 21. Bd. des großen Sammelwerkes und Handbuches der speziellen Pathologie und Therapie (Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée) des Verlages Maloine erscheint soeben die Dermatologie. Darier hat zu dem Werke eine Einführung geschrieben, welche die hohe Bedeutung der Dermatologie für die übrige Medizin, ihre verworrene Nomenklatur, ihre wechsel- und reizvolle Geschichte behandelt und Ausblicke auf die Fortentwicklung unserer Wissenschaft gibt. Darier ist heute unstreitig das Haupt der Pariser Schule, wie der alte Besnier es seinerzeit war, der mir vor 30 Jahren die Pariser Dermatologen als „die dermatologische Familie von Paris" vorstellte. Dariers Mitarbeiter sind 10 durch ihre Arbeiten bekannte jüngere Autoren der Pariser Schule, und alle Abteilungen des großen Hospitals von St. Louis haben Abbildungen beigesteuert. Immer wieder fiel mir beim Lesen der einzelnen Kapitel auf, wie gering die Unterschiede in den dermatologischen Anschauungen und Meinungen hüben und drüben sind. Der Stil und die Aufmachung ist drüben eine andere, das klinische Bild wird sorgfältiger gezeichnet, die Krankheit exakter und prägnanter beschrieben als bei uns. So war es auch vor dem Kriege. Aber geniale Konzeptionen und einschneidende Neuentdeckungen pflegen so schnell Allgemeingut zu werden, daß das Stoffliche eines Lehrbuches hier wie dort sich gleicht wie ein Ei dem anderen. Das Buch soll für den

Digitized by Google

Allgemeinpraktiker bestimmt sein, geht aber über diesen Rahmen hinaus. Es ist ein kleines Lehrbuch für den Dermatologen daraus geworden. Es ist ohne Rücksicht auf dermatologische Systeme und Einteilungsprinzipien, lediglich nach praktischen Rücksichten eingeteilt. Es ist reich mit trefflichen Abbildungen versehen. Wir können das Ziel, das sich Darier und seine Mitarbeiter setzten, ein kurzes, übersichtliches und instruktives Lehrbuch zu schaffen, als vollkommen geglückt betrachten.

P. G. Unna-Hamburg.

Schönheitsfehler und ihre Behandlung (Kosmetik), von Jessner-Königsberg. 5. u. 6. verbesserte Auflage mit 11 Abb. im Text. (Dermatologische Vorträge für Praktiker, H. 17., 160 S. Curt Kabitsch, Leipzig 1923.) Vorliegendes Werkchen hat das Recht, voll und ganz den wissenschaftlichen Lehrbücher der Dermatologie eingereiht zu werden. Mit großem Fleiß hat der bekannte Autor ein Kapitel behandelt, das man als ein Spezialfach innerhalb der Dermatologie betrachten kann. Durch seine glänzende Disposition behandelt der Verf. die schwereren und leichteren kosmetischen Hautleiden und schöpft aus dem Quell reichster Erfahrung. Nach kurzer, aber genauer Beschreibung der Ätiologie, des Wesens der einzelnen Krankheitsbilder gibt er uns altbewährte Rezeptformeln an, ohne neuester Forschungsergebnisse zu vergessen, läßt die physikalische Heilungsmethode überall — wo von Nutzen — zur Geltung kommen und warnt vor übertriebener Polypragmasie. Es lohnt sich insbesondere dem praktischen Arzte das genaue Studium dieses Büchleins, das in der Bibliothek keines Arztes, der wegen kosmetischer Hautmängel angegangen wird, fehlen darf. Zur schnelleren Orientierung wäre ein kleines Inhaltsverzeichnis erwünscht.

W. Chrzelitzer-Waldenburg i. Schles.

Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Innere Medizin, herausgegeben von J. Schwalbe. 5. Heft: **Krankheiten der Harnorgane**, von Alexander von Korányi; **Störungen der Geschlechtsfunktionen des Mannes**, von P. Fürbringer. (152 S. mit 10 Abb., Gz. 2,10 M. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1922.) In ausgezeichneter Weise schließt sich das 5. Heft den übrigen der Schwalbeschen Sammlung an. Übersichtlich, klar, unter Verzicht auf Kleinkram und nutzlose Hypothesen stellt Korányi das schwere Gebiet dar und handelt in zwei Teilen einerseits die Nephritiden, Nephrosen und Nephrosklerosen, andererseits die Dystopieen, Lithiasis, Neoplasmen, Tuberkulose und übrigen Erkrankungen der Nieren, aber auch die Pyelitis und Zystitis ab. Der erste Abschnitt enthält außerdem eine Kostordnung für Nierenkranke und eine gute Darstellung der Augenveränderungen bei Nierenkrankheiten aus der Feder von Blascovics. Fürbringer spricht von der Impotentia generandi, Impotenti acoëundi, den Samenverlusten und der Onanie und bietet in flüssig geschriebener, oftmals launiger Darstellung eine Fülle wissenswerter Einzelheiten und wichtiger Prinzipien. Er belehrt und regt an und zeigt sich als Psychologe, der seine reichen Erfahrungen möglichst vielen zugute kommen lassen will.

E. Sklarz-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Zirkulationsstörungen.

Über idiopathische Blutungen in Haut und Schleimhaut bei Säuglingen und Kleinkindern, von L. F. Meyer und Nassau. (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 94, S. 341 bis 360.) Verff. weisen auf das häufige Vorkommen von minimalen punktförmigen, nicht selten rezidivierenden Blutungen bei Säuglingen und Kleinkindern hin, die in wenigen Stunden auftretend, meist nach ein paar Tagen verschwinden. Der Sitz der Blutungen ist die Kutis des Gesichts und Halses und die Schleimhaut des Mundes und der Augen. Unter 28 Fällen fand sich 24 mal Erythrozyturie, obgleich Blutgerinnung und Morphologie des Blutes normal waren. Dagegen ergab die Prüfung der Widerstandskraft der Gefäßwand eine gewisse vaskuläre Insuffizienz (Rumpel-Leedesches Phänomen). Die Blutungen pflegten zumeist einer fieberhaften Infektion (Grippe, Keuchhusten, Varizellen) für kurze Zeit voranzugehen. Frühgeburten, rhachitische und tetanische Kinder waren besonders disponiert. In 71,6% aller Fälle traten die Blutungen um die Zeit des zweiten bis dritten Lebensvierteljahrs („Halbjahrswende") auf. Deshalb sind sie als Insuffizienzerscheinungen aufzufassen, wie Rachitis, Tetanie, Barlow, alimentäre Anämie. Vitaminreiche Kost kann zur Verhütung der Blutungen empfohlen werden.

E. Wolf-Braunschweig.

Digitized by Google

Periarterielle Alkoholinjektion in der Behandlung der senilen Gangrän (Peri-Arterial Injektion of Alkohol in the Treatment of Senile Gangrene), von W. Sampson Handley. (Lancet, 1922, Nr. 5160.) Verf. hat in zwei Fällen von seniler Gangrän des Fußes periarterielle Alkoholinjektionen der Arteria femoralis gemacht und sah danach ein sonst noch nie von ihm beobachtetes Zurückgehen der Gangrän, die von Dauer war. Er führt die Wirkung auf eine Lähmung der Vasokonstriktoren zurück und zieht seine Methode der von Leriche inaugurierten Durchtrennung des Sympathikus der betreffenden Arterie vor, da sie einfacher und die Wirkung eine promptere und länger anhaltende ist. R. Erichson-Kiel.

Die Bedeutung der Erythromelalgie in Fällen von intermittierendem Hinken der unteren Extremitäten (Erythromelalgia in Cases of Intermittent Claudication of de Lower Extremities), von F. Parkes Weber. (Lancet, 1922, Nr. 5160.) Erythromelalgie in Fällen von intermittierendem Hinken zeigt an, daß, um eine genügende Blutzirkulation zur Vermeidung der ischämischen Gangrän des Fußes aufrechtzuerhalten, auch die Kapillaren sich erweitern müssen; mit anderen Worten, die Erythromelalgie ist ein Teil des automatischen kompensatorischen Mechanismus, durch den der Neigung zur ischämischen Gangrän Widerstand geleistet wird. R. Erichson-Kiel.

Zur Behandlung der Krampfadern, von A. Schanz-Dresden. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 37, S. 1372.) Verf. hat die Wittekesche Einspritzung der Pregelschen Lösung in die Varizen dahin modifiziert, daß er vor der Injektion die Venen oben abband und den peripheren Teil mit der Lösung füllte. Vor der Injektion wird das in dem peripheren Venenabschnitt befindliche Blut durch Erheben des Beines ablaufen lassen, damit die Pregelsche Lösung die Venen ganz ausfüllt. Nach 8—10 Tagen Bettruhe Entlassung. A. Rosenburg-Berlin.

Bemerkungen zu dem Aufsatz: „Behandlung des sekundär infizierten Ulcus cruris usw." in Nr. 7, von Curt Lapp-Stallupönen. (Ther. d. Ggw., 1922, Nr. 9, S. 360.) Die Feststellung, ob Strepto- oder Staphylokokken die sekundären Infektionserreger sind, ist in der Landpraxis, wo das Ulcus varicosum häufig ist, undurchführbar nach Ansicht des Verf. Seine meist mit sehr gutem Erfolg bei diesem Leiden angewandte Methode scheint aber zu beweisen, daß es sich wirklich meist um Staphylokokkeninfektionen handelt. Und zwar benutzt er Kal. permanganic. in schwacher Lösung zu warmen Unterschenkelbädern täglich. Hinterher Verband mit Schwarzsalbe. A. de Lemos-Hamburg.

Zur Klinik der einfachen Akroparästhesien, von F. Heissen-Karlsruhe. (Kl. W., 1922, Nr. 50, S. 2473.) Unter ausführlicher Heranziehung zweier Krankengeschichten bespricht Verf. die Unterschiede, die zwischen den einfachen und den vasokonstriktorischen Parästhesien bestehen, deren Gemeinsamkeit nur in der Lokalisation und den Parästhesien besteht. Bei ersterer als Endzustand Gefäßparese und Verschwinden der Parästhesien, so daß man bezüglich der Prognose von der einfachen Form, bei der Gefäßspasmen fehlen, annehmen kann, daß sie nicht zur Gangrän führt, während es bei der anderen Form unsicher ist. Auch die subjektiven Symptome sind verschieden: Kribbeln, Prickeln usw. Bei der einfachen Gefühl des Klammseins, des Abgestorbenseins bei der anderen Form. Die Beschwerden können bei der einfachen Form durch Wärme, wenn auch nur vorübergehend, ziemlich beeinflußt werden, während sie bei der vasokonstriktorischen Form noch zunehmen. Es ist bei den Akroparästhesien auf Äquivalente in anderen Gefäßgebieten — zerebrale, pektorale und abdominelle Gefäßkrisen an Stelle der peripheren — zu achten. E. Langer-Berlin.

Urtikaria, Erythem, Herpes, Prurigo.

Pathogenese und Anatomie der Urtikaria, von L. Török, J. Lehner und D. Kenedy-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 19.) Versuche, die durch Brennesselstiche hervorgerufen, genau — am eigenen Körper — beobachtet wurden. Die Quaddel zeigte sich schon nach zwei Minuten, und in vier Minuten war die Entwicklung vollendet. Durch das Gift der Brennessel wird allein eine Urtikariaquaddel hervorgerufen, ohne Reiben oder Kratzen derselben. Es gibt keinen Unterschied zwischen Brennesselurtikaria und von außen hervorgerufener anderer Urtikaria. Durch mit Staubinden hervorgerufene Stauung läßt sich die Urtikaria nicht zum Verschwinden bringen. Auf diese gestauten Partien können Urtikariaquaddeln durch Brennessel und Atropin experimentell hervorgerufen werden. Durch Atropininjektionen läßt sich der Anfall der Urtikaria nicht beeinflussen. Sogar selbst das Atropin (intradermal) ruft eine Urtikaria hervor. Die

Digitized by Google

Gewebe der durch Brennessel hervorgerufenen Urtikaria zeigen (mikroskopisch) die sicheren Zeichen einer Entzündung. Die Auswanderung der Leukozyten kommt erst später zustande. Die Ursache der Urtikariaquaddeln steckt nicht in einer Koordinationsstörung zwischen der Kontraktion der Arterien und Venen, sondern sie ist eine rasch ablaufende Entzündung, welche mit Exsudation und keiner Transsudation verbunden ist.
M. Porosz-Budapest.

Zur Entstehung der Urtikariaquaddel, von Hans Mautner-Wien. (Kl. W., 1922, Nr. 46, S. 2284.) Die Urtikariaquaddel wird durch Kontraktion kleinster Venen ausgelöst. Diese Kontraktion entsteht innerhalb einer anaphylaktischen oder idiosynkrasischen Reaktion. Bei der Entzündung spielen sich diese Erscheinungen nur neben anderen ab, die auf den arteriellen Zustrom und die Gefäßwände, besonders auch die der Kapillaren einwirken.
E. Langer-Berlin.

Zur Ätiologie der Erythema nodosum im Kindesalter, von Fr. Rohrböck-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1922, Nr. 22.) Von 26 Fällen ergab die Pirquet-Kutanreaktion 18 stark positive, 6 schwache und 2 negative Resultate. In 13 Fällen ergab die Röntgenuntersuchung starke Veränderungen, in 11 Fällen mindere Abweichungen. Bei einem Kranken waren vor der Eruption Gelenkschmerzen vorhanden, aber ohne Anschwellung derselben. In 5 Fällen wurde eine Exzision gemacht und diese mikroskopisch untersucht. Auffallend war die perivaskuläre Infiltration in der Kutis und Subkutis. Die rheumatischen Schmerzen sind nur Begleitsymptome gewesen; ein Zusammenhang mit der Tuberkulose ist sehr wahrscheinlich. Die Krankheit ist nur als eine Disposition aufzufassen. Die Behandlung der Krankheit soll auch gegen die Tuberkulose gerichtet sein.
M. Porosz-Budapest.

Erythema nodosum bei akutem Rheumatismus (Erythema Nodosum Associated with Acute Rheumatism), von Hugh Wetherbee. (Brit. m. J., 24. Juli 1922, S. 955.) Typisches Erythema nodosum an Armen und Beinen. Herz o. B. Rheumatismus beider Handgelenke und des rechten Knie- und Fußgelenks mit Schwellung und Schmerzhaftigkeit.
E. Sklarz-Berlin.

Einige neuere Beobachtungen über das Erythema nodosum (Quelques notions récentes sur l'érythème noueux), von R. Barthélemy. (Gaz. des Hôp., 1922, Nr. 41.) Erythema nodosum ist als sehr allgemeine Reaktion der Haut auf sehr verschiedene mikrobielle und nicht mikrobielle Toxine zu betrachten, wobei die Anwesenheit von Mikroben in den Läsionen nicht erforderlich ist.
E. Levin-Berlin.

Die Immunität bei den neurotropen Hautaffektionen: Herpes und Enzephalitis (L'immunité dans les ectodermoses neurotropes: Herpès et encéphalite), von Levaditi und S. Nicolau. (Comptes rend. des séances de la Soc. de Biol., 1922, Bd. 86, S. 220.) Wenn ein Kaninchen die Inokulation von Herpes- oder Enzephalitisvirus in die Kornea überlebt, entsteht gegen das Virus eine Immunität usw., nicht bloß eine lokale der Kornea und der Haut, sondern auch des Zerebrospinalsystems. Dieses selber zerstört das Virus; im Blut finden sich keine Antikörper.
E. Sklarz-Berlin.

Die Beziehungen der Encephalitis epidemica zum Herpes febrilis und zur Influenza, von R. Doerr und W. Berger, Hyg. Inst. Basel. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 35.) Aus den Gehirnen von zwei klinisch und pathologisch-anatomisch diagnostizierten Fällen von Encephalitis epidemica (lethargica) konnten durch subdurale Verimpfung von Hirnemulsion auf Kaninchen zwei neue Stämme von Enzephalitisvirus isoliert werden, die in typischer Art auf die Kornea und das Zentralnervensystem der Versuchstiere wirkten. Gekreuzte Immunitätsversuche mit Virus des Herpes febrilis bestätigten die von Doerr und Schnabel gefundene immunisatorische Gleichwertigkeit von Enzephalitis- und Herpesvirus. Im Blute von nicht komplizierten Influenzafällen ließ sich das Enzephalitisvirus durch Überimpfung auf die Kaninchenhornhaut nicht nachweisen.
E. Levin-Berlin.

Die Überimpfbarkeit des Herpes (L'inoculabilité de l'herpès. Présence du virus kératogène dans les lésions), von P. Thissier, P. Gastinel, J. Rielly. (Gaz. des Hôp., 1922, Nr. 60.) Es gelangen von idiopathischem und symptomatischem Herpes Überimpfungen auf die gleiche und andere Personen und auf das Kaninchenauge. Überimpfungen von Keratitis herpetica des Kaninchens scheiterten regelmäßig. Kontrolluntersuchungen mit dem Bläscheninhalt von Varizellen, Ekzem, Zoster, Erythema multiforme ergaben stets negative Resultate.
E. Lewin-Berlin.

Herpes zoster und innere Erkrankungen, von Alfred Arnstein-Wien. (Wien. Arch. f. inn. Med., 1922, Bd. 4, S. 442.) Verf. hat in einer äußerst fleißigen und ausführlichen Arbeit aus der Literatur und aus eigenen Fällen alles, was über das obige

Digitized by Google

Gebiet bekannt ist, zusammengetragen. Folgende Einzelheiten seien erwähnt: 1. Beziehungen des Herpes zoster zu Allgemeinkrankheiten. Häufiges Vorkommen bei Lungentuberkulose und bei Lues in allen Stadien, ebenso bei Malaria. Seltenes Auftreten bei Pneumonie im Gegensatz zum Herpes febrilis, noch seltener bei den meisten anderen Infektionskrankheiten. Besonders wichtig ist der Zusammenhang von Herpes zoster und Varizellen wegen der eventuellen Identität resp. Verwandtschaft des Virus. Vereinzelter Herpesbefund bei Leukämie und bei Purpura rheumatica. Vorkommen des Herpes in der Gravidität resp. dem Puerperium, bei Tetanie, bei Stoffwechselkrankheiten. Von letzteren häufig Herpes bei Diabetes beobachtet, fraglich ein Zusammenhang mit Gicht. Wichtig ist das Gebiet der Intoxikationen für die Herpesätiologie, und zwar vor allem Arsen und Salvarsan, dann aber auch Quecksilber und Jod, ferner Intoxikationen mit Blei, Morphin, Alkohol usw. 2. Ausführliche Besprechung des Zusammenhangs der Lokalisation des Herpes mit inneren Krankheiten. Bedeutung des Auftretens eines Herpes auf der Brust bei Lungenerkrankungen, in der Milzgegend bei Malaria, selten im Genitalgebiet bei Erkrankungen desselben. Von besonderer Wichtigkeit ist die Lokalisation bei Nervenkrankheiten im Erkrankungsgebiete. 3. Pathogenese des Herpes zoster. Kritische Erweiterung der bisher vorgenommenen Tierübertragungsversuche. Ätiologisch kommt wahrscheinlich ein spezifisches Virus in Betracht, durch das in einem oder mehreren Spinalganglien eine Infektionskrankheit lokalisiert wird, wofür gehäuftes Auftreten zu gewissen Zeiten und an gewissen Orten, ferner die nach Überstehen meistens auftretende Immunität sprechen. Unterstützt wird das Auftreten des Herpes durch individuelle (chronische Krankheiten, Intoxikationen usw.) und lokale (Erkrankung der den Ganglien entsprechenden Organe) Disposition. Die Hauteruptionen entstehen durch vasomotorische Einflüsse infolge Reizung der entsprechenden Reflexbahn. Ausführliche Literaturzusammenstellung. E. Langer-Berlin.

Zoster und Varizellen (Zona et Varicelle), von G. L. Hallez. (Gaz. des Hôp., 1922, Nr. 44.) Das Folgen von Zoster auf Varizellen ist viel seltener als der umgekehrte Fall. Beim nachfolgenden Auftreten von Varizellen entspricht in vielen Fällen deren Inkubationszeit dem nachweisbaren vorangehenden Zusammensein mit einem Zosterkranken. Die Histologie der Hautläsionen ist eine übereinstimmende.
E. Levin-Berlin.

Thermische und traumatische Hautschädigungen.

Gehäuftes Auftreten von „Frost" bei Kindern, von O. Katz-Charlottenburg. (Kl. W., 1922, Nr. 44, S. 2214.) Verf. sah in den letzten Wochen über 30 Fälle von Frosterscheinungen, und zwar nur bei Kindern des früheren Mittelstandes, nie bei solchen aus finanziell begünstigten Kreisen. Es könnte sich wiederum um eine Störung der Haut auf dem Boden ungünstiger Ernährungsverhältnisse handeln, vielleicht um eine Avitaminose in irgend einer Form. Es wäre wichtig, wenn von anderer Seite mitgeteilt würde, ob anderwärts ähnliche Beobachtungen vorliegen. E. Langer-Berlin.

Röntgentherapie der Erfrierungen, von L. Rothbart-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 9.) Erprobung zuerst an seiner eigenen Person, nachher Krankengeschichten über 26 Kranke. Die Schmerzen und das peinliche Jucken verschwinden in 24 Stunden, die Hyperämie der Haut bläßt in 3—4 Tagen ab. Offene Wunden heilen zu. Harte Strahlen unter der Erythemdose wurden angewendet. M. Porosz-Budapest.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Unter dem Vorsitze von Prof. Kreibich-Prag wurde eine Deutsche Dermatologische Gesellschaft in der Tschechoslowakischen Republik gegründet.
R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. Juni 1923 | Nr. 23 | Band 76

Aus der Deutschen dermatologischen Klinik in Prag.

Zur Pathogenese der Miliaria crystallina.

Von

C. Kreibich.

Durch Töröк (Handb. d. Hautkr., Bd. 1) wurde die Miliaria crystallina (M. c.) endgültig als Folge einer wahren Sekretionsanomalie der Schweißdrüsen, als Retentionszysten erkannt. Die Bläschen sitzen in der Hornschicht, die Flüssigkeit enthält keine zelligen Elemente, nach Robinson kein Eiweiß. Die Flüssigkeit ist Schweiß, und färbt, wie ergänzend hervorgehoben werden soll, blaues Lakmuspapier rot, auch dann noch, wenn die Bläschen etwas älter sind. Nach Töröк, Robinson, Unna mündet der Schweißdrüsenausführungsgang an der Basis des Bläschens in Mitte, nach Töröк manchmal seitlich, manchmal konnte ihn Töröк nicht finden (seitliche Unterwühlung).

Über den Grund der Retentionen bestehen mehrere Ansichten. Coats beschuldigt einen Leukozytenpropf im Ausführungsgang, Lesser eine Knickung desselben, ähnlich Haight. Nach Töröк kommt es im Fieber zu einer Verdunstung des Schweißes schon im Porus, die im poralen Ende des Ausführungsganges gebildeten Hornzellen werden infolgedessen nicht hinausbefördert, häufen sich an und verstopfen die Mündung. Obige Ansichten sind Vermutungen, für die der anatomische Nachweis schwer zu erbringen ist. Von Interesse für die folgenden Ausführungen ist eine ganz allgemein gehaltene Ansicht Besniers, daß die Hyperthermie nicht nur die Funktion der Schweißdrüse, sondern auch den Zustand des Gewebes beeinflußt, wonach die M. c. eine Folge beider wäre. Nach den Hautveränderungen, die Besnier auf die Hyperthermie zurückführt, war zu suchen.

Eine klinische Beobachtung gab die Richtung an. Ein jugendlicher Patient mit Lupus und Skrofuloderma war derartig „erfroren", daß er sich die meiste Zeit in der Nähe des eisernen Ofens aufhielt, auch dann, wenn derselbe durch Zulegen in beträchtliche Hitze geriet. Infolge Tuberkulins trat bei ihm hohes Fieber und intensiver Schweißausbruch auf, und früh bei der Visite waren die der strahlenden Hitze ausgesetzten Partien dicht mit M. c. besetzt. Wir haben uns danach die Vorstellung gebildet, daß die strahlende Wärme eine Hitzekoagulation der Hornschicht, damit eine Verlegung des Ausführungsganges und eine leichtere Unterwühlbarkeit der Hornschicht bewirkt hat. Fieber, Schweiß infolge des Tuberkulins und Retention. Damit war der entscheidende Versuch gegeben.

Man sieht an histologischen Präparaten deutlich, daß künstliche Höhensonne eine Nekrose der obersten Hornschichten veranlaßt, die um

Digitized by Google

so tiefer herabgeht, je länger oder näher die Lampe eingewirkt hat. Der Nekrose geht eine Zustandsänderung des Eiweißes voraus, die wir des kurzen Namen wegen als Koagulation bezeichnen wollen. Wir konnten diese Koagulation auch an herausgeschnittener und bestrahlter Rinderkornea nachweisen (Virch. Arch., Bd. 222) und SCHANZ hat gleichsinnige Eiweißveränderung nach Bestrahlung mit Uv.-Licht am Serum nachgewiesen.

Wir bestrahlten also Lupuskranke am Rücken und Bauch mit künstlicher Höhensonne 7—10 Minuten, 50 cm und erzielten ab und zu M. c., wenn das Fieber mit intensivem Schweißausbruch verbunden war. Der gleiche Vorgang vollzog sich bei einem Pemphigus foliaceus incipiens. Aus therapeutischen Gründen bestrahlten wir Rücken und Bauch. Patient fieberte spontan, vielleicht auch unter Salvarsan immer, wie er genau angab, mit intensivem Schweißausbruch. Innerhalb der bestrahlten Haut reichlich M. c. Bläschen mit sauer reagierendem Inhalt noch vorhanden, nachdem die Rötung in Pigmentation überging. Ein weiterer Beweis, daß Koagulation der Hornschicht zur M. c. notwendig ist, ist in einer Beobachtung zu suchen, die mein Assistent Dr. POKORNY machte. Laparatomie wegen Tumor. Bauchhaut und Oberschenkel wird vorher mit Jodtinktur bestrichen. Eitrige Peritonitis, Fieber und Schweißausbruch. Exitus. Die Leiche weist M. c. genau bis zur Grenze der Jodtinktur auf. Daß Jodtinktur Koagulation und Nekrose macht, ergibt sich aus dem Häutchen.

Es geht aus obigem hervor, daß Schweißausbruch dann M. c. verursachen kann, wenn es vorher durch strahlende Wärme, Uv.-Licht, durch chemische Schädlichkeit zu einer Koagulation der Hornschicht, am Organismus mit nachfolgender Nekrose gekommen ist. Von diesen experimentellen Beobachtungen aus ist der Schluß gestattet, daß in den Fällen, wo ähnliche äußere Schädlichkeiten nicht einwirken, die hohe Körpertemperatur selbst jene koagulierende Veränderung der Hornschicht erzeugt, die unterstützt von der Mazeration durch Schweiß und Umschläge zur Retention und leichteren Abhebbarkeit führt.

Aus der Universitäts-Hautklinik des Krankenhauses St. Georg in Hamburg (Leiter: Prof. Dr. ARNING).

Die Überlegenheit der Normosallösung über die physiologische Kochsalzlösung, geprüft durch biologischen Versuch.

Von

FRITZ LAUERBACH, Assistenzarzt.

Das in den Sächsischen Serumwerken Dresden hergestellte Normosal hat in der letzten Zeit in der medizinischen Literatur des öfteren Erwähnung gefunden, und es wurde über häufige, günstige klinische Erfahrung berichtet.

Normosal ist ein nach der Ionenanalyse des menschlichen Blutserums hergestelltes steriles Serumsalz und enthält neben dem Kochsalz — als dem wesentlichen Erhalter des osmotischen Druckes in den Geweben — Kalium und Kalzium als Antagonisten der Funktion der von der Lösung

Digitized by Google

umspülten reizbaren Organe, Natrium bicarbonat. und saures Natrium phosphat. als Erhalter der optimalen alkalischen Reaktion. Letztere beide repräsentieren den Grad der chemischen Alkaleszenz des Blutes.

Über die Indikation der Normosal-Serumbehandlung soll hier nicht gesprochen werden. Die physiologischen Versuche, die der klinischen Anwendung des Normosals vorausgingen und meist auf dem Vergleich mit physiologischer Kochsalzlösung fußten, hatten günstige Ergebnisse. Besonders lehrreich ist in diesem Zusammenhang der Versuch von P. Rostock, der zu folgendem Ergebnis kam:

Alle untersuchten isolierten Gewebe und Organe bleiben in der Normosallösung um mehrere Stunden länger am Leben als in der physiologischen Kochsalzlösung. Normosal wäre demnach der letzteren weit überlegen. Von besonderer Bedeutung ist auch die Feststellung, daß die Intima der Venen durch Kochsalzlösung geschädigt, durch Normosallösung dagegen konserviert wird.

Ich versuchte nun die Überlegenheit des Normosals über die physiologische Kochsalzlösung auf andere Weise zu prüfen und festzustellen, indem ich in monatelangen Versuchen die Lebensdauer der Spirochaeta pallida in beiden Lösungen miteinander verglich. Ich ging in folgender Weise vor: Von einer großen Zahl von luetischen Affektionen, und zwar meist von Analpapeln, in dem Serum bekanntlich die Spirochaeta pallida fast stets gehäuft vorgefunden wird, nahm ich Reizserum und stellte damit immer je ein Dunkelfeld-Dauerpräparat in einem Tropfen physiologischer Kochsalzlösung und in einem Tropfen Normosallösung her, geschützt vor Luftzutritt durch Abdichtung des Deckgläschens mit Damarlacköl. Je zwei Vergleichspräparate wurden immer zu gleicher Zeit und von derselben Affektion des gleichen Individuums abgenommen und täglich mehrere Male im Dunkelfeldmikroskop untersucht und verglichen. Es ergab sich folgendes: Bei Vergleichspräparaten von 22 verschiedenen Fällen konnte die Untersuchung zu Ende geführt werden. Davon zeigte sich in 10 Fällen die Lebensdauer der Spirochaeta pallida in der Normosallösung gegenüber dem Kochsalzpräparat um mehrere Stunden bis zu 62 Stunden verlängert. Nur in 1 Falle erhielt sich die Pallida im Kochsalzpräparat um 10 Stunden länger am Leben. In den übrigen Fällen konnte kein Unterschied in der Lebensdauer festgestellt werden. Die absolut längste Lebensdauer zeigte sich in einem Normosalpräparat, in dem bis zu 132 Stunden noch Eigenbewegung nachzuweisen war, während die Höchstgrenze bei einem Kochsalzpräparat bis zu 120 Stunden ging.

Ich hatte in dem größten Teil der Fälle den Eindruck, daß beim Vergleich im allgemeinen schon nach 24—30 Stunden ein deutlicher Unterschied in der Lebensfähigkeit zu bemerken war, indem die Eigenbewegung der Spirochäten im Kochsalzpräparat eine weniger lebhafte war als in dem entsprechenden Normosalpräparat. Jedenfalls glaube ich aus den langwierigen Untersuchungen den Schluß ziehen zu dürfen, daß die Normosallösung für die Spirochäten eine bessere und zusagendere Lebensbedingung schafft als die physiologische Kochsalzlösung. Das Untersuchungsergebnis ist also im gewissen Sinne auch eine Bestätigung der bisherigen Versuche über die physiologische Überlegenheit der Normosallösung.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Dr. Buschke).

Zur Kenntnis der glatten Trichophytien[1]).

Von

Dr. Felix Harry, Assistent.

In seinem Buche über die Pilzerkrankungen teilt Sabouraud die Trichophytonpilze in viele charakteristische Arten ein und beschreibt die für jede Pilzvarietät typischen klinischen Bilder. Seine Befunde wurden später von den verschiedensten Autoren im wesentlichen bestätigt. Immerhin zeigte sich schon damals in einzelnen Fällen, daß die von Sabouraud konstatierte Regelmäßigkeit der Beziehungen zwischen Pilzvarietät und dem von ihr hervorgerufenen Krankheitsbild nicht immer zutrifft. Im allgemeinen gilt jedoch als Regel, daß die Endothrixarten (Trichophyton crateriforme, Tr. acuminatum, Tr. violaceum) schwächere Virulenz als die Neo-Endothrixarten (Tr. crateriforme) und Ektothrixarten (Tr. gypseum, Tr. faviforme) besitzen, ausgenommen die Trichophyton-Ektothrixigruppe mit großen Spuren (Tr. rosaceum).

Erstere und die Ektothrixart mit großen Sporen erzeugen meist nur leichte, oberflächliche Erkrankungen, letztere dagegen dringen tief in die Follikel längs der Haare bis in die Kutis und Subkutis ein und verursachen schwere Hautläsionen und Eiterungsprozesse.

Oberflächliche Formen der Trichophytie kommen hauptsächlich in den Barthaaren oder an der Körperhaut, selten dagegen an den Kopfhaaren zur Beobachtung. So weist z. B. Lewandowsky (Arch. f. Derm., Bd. 121) auf das fast vollkommene Fehlen autochthoner Fälle von glatter Kopftrichophytie in Hamburg hin. Er glaubt, daß alle früher als Trichophytonerkrankungen bezeichneten Fälle in Wirklichkeit Mikrosporien der Kopfhaut gewesen seien. Im Jahre 1918 stellte Jadassohn in einer Sitzung der Breslauer Dermatologischen Vereinigung Fälle von glatter Trichophytie des behaarten Kopfes vor und bemerkte dazu, daß sie früher nur selten, jetzt dagegen etwas häufiger in Breslau beobachtet wurden. Wie uns Jadassohn mündlich mitteilte, hat er meist das Tr. cerebriforme als Erreger feststellen können. Weitere Angaben über das Vorkommen oberflächlicher Kopftrichophytien habe ich in der deutschen Literatur nicht finden können. In Frankreich scheint die Erkrankung öfter beobachtet zu werden. Nach Sabouraud beträgt die Zahl oberflächlicher Formen 35% aller Kopftrichophytien. Als Erreger dieser Affektion wurde von ihm das Tr. acuminatum in 42%, das Tr. crateriforme in 30% aller Fälle gefunden. Die übrigen 28% werden durch seltene Arten hervorgerufen. Die Erkrankung beginnt mit zarten Kreisen auf

[1]) Bei diesen Untersuchungen hat Doz. Dr. Karl Markus, Oberarzt in St. Göran in Stockholm uns in dankenswerter Weise durch Überlassung von Sabouraudschem Nährbodenmaterial unterstützt. Buschke.

Digitized by Google

der Kopfhaut. Nach 10—14 Tagen werden die befallenen Stellen kahl. Die Haare sind kurz abgebrochen und schimmern oft nur als dunkle Punkte durch die Haut hindurch. Es entsteht meist eine kahle, im Durchmesser 5—7 cm große Stelle, oft entwickeln sich noch mehrere kleinere Herde. Wie aus der oben genannten Literatur ersichtlich, sind bisher nur Endothrixarten und das Tr. cerebriforme als Erreger oberflächlicher Kopftrichophytien beschrieben worden.

Wir hatten vor einiger Zeit Gelegenheit, auch eine Ektothrixart, nämlich das Tr. rosaceum als Erreger von glatter Kopftrichophytie bei drei Geschwistern festzustellen. Das Tr. rosaceum wurde früher in Deutschland kaum beobachtet. Hauptsächlich sah man es in England. W. FISCHER erwähnt in seiner Arbeit „Studien über Dermatomykosen in Berlin" (Derm. W., 1914, Bd. 59) diese Varietät überhaupt nicht, ebenso KAUFMANN-WOLF in einer Abhandlung gleichen Titels (Arch. f. Derm., 1915, Bd. 121). LEWANDOWSKY (Arch. f. Derm., 1915) hat das Tr. rosaceum nur ein einziges Mal züchten können. Erst während des Krieges wurde es auf dem Kontinent öfter gefunden. So berichtet DE MUYS (D. m. W., 1917, Nr. 10) über eine Trichophytie-Epidemie in Holland, bei der er unter 63 Fällen 56mal das Tr. rosaceum gezüchtet hat. Im gleichen Jahre beobachtete BESSUNGER (Derm. W., 1917, Nr. 36) das gehäufte Auftreten dieses Pilzes in Elberfeld. Auch BUSCHKE und MICHAEL konstatierten eine Zunahme des Vorkommens von Rosazeum in Deutschland. Es ist nach Ansicht von BUSCHKE von der Armee aus dem Westen eingeschleppt worden.

Da mit seiner Weiterverbreitung zu rechnen ist, wird es lohnenswert sein, die bisher beobachteten klinischen Manifestationen dieses Pilzes anzuführen. SABOURAUD unterscheidet zwei Formen, eine, die vor allem die Epidermis und eine, die die Haarfollikel betrifft. Die erstere zeigt sich in Kreisform, trocken, ohne sichtbare Bläschenbildung, die letztere fast nur in der Bartgegend mit im Durchmesser etwa 3—4 cm großen Herden. Die Haare sind grau und dicht über der Haut abgebrochen. Der Prozeß geht trocken, ohne erhebliche entzündliche Erscheinungen vor sich. Das Befallensein der Haarfollikel allein bewirkt, daß die Wangenhaut ein der Keratosis pilaris ähnliches Bild bietet.

Als wichtiges Merkmal der durch Tr. rosaceum hervorgerufenen Erkrankungsform wäre demnach ihr vollkommen oberflächlicher und trockener Charakter hervorzuheben.

BESSUNGER sah bei seinen Fällen auf der behaarten Haut der Wangen und am Kinn herdweise reichliche Schuppenauflagerungen von trockener, staubartiger Beschaffenheit. Die Haut war weder infiltriert noch gerötet. Die Haare der befallenen Stellen erschienen wie abgemäht. Nirgends waren Bläschen oder Krüstchen oder typische Trichophytie-Effloreszenzen nachweisbar. Das klinische Bild ähnelte vollkommen dem einer Mikrosporie oder eines seborrhoischen Ekzems.

Unsere Fälle zeigten folgendes Bild:

1. Pat. G. R., 9 Jahre alt. Auf dem rechten Scheitelbein findet sich ein pfirsichgroßer, kreisrunder, schuppender, mit abgebrochenen Haaren bedeckter Herd.

2. Pat. H. R., 12 Jahre alt. Über die ganze Kopfhaut verstreut mehrere pfennigstückgroße Herde von der gleichen Beschaffenheit wie oben beschrieben.

Digitized by Google

3. Pat. E. R., 8 Jahre alt. Auf der Kopfhaut ein handtellergroßer und mehrere pfennigstück- bis dreimarkstückgroße, reaktionslose Herde. Auf der Stirn, der Nasenwurzel, der rechten Wange und der rechten Ohrenmuschel erbsen- bis linsengroße, leicht schuppende, ovale Effloreszenzen.

In allen drei Fällen wurden mikroskopisch Makrosporen nachgewiesen. Die Kulturen zeigten die für das Tr. rosaceum typischen Merkmale.

Es handelte sich demnach bei den genannten Fällen um eine durch Tr. rosaceum hervorgerufene Erkrankung der Kopfhaare bei Kindern, wie sie bisher in der Literatur anscheinend noch nicht beschrieben worden ist.

Unsere Fälle zeigten ferner von neuem, daß man von einer Pilzart nicht immer eine typische Lokalisation noch ein charakteristisches Krankheitsbild erwarten darf, sondern stets eine Kultur zu gewinnen suchen muß, um den Krankheitserreger bestimmen zu können. Das klinische Bild der genannten Fälle ließ uns eher an Mikrosporie als an Trichophytie, am wenigsten an eine durch Rosazeum erzeugte Erkrankung denken, die, wie bereits erwähnt, bisher nur in Barthaaren und an der Haut des Körpers beobachtet worden ist.

Als weiterer Beweis für die Verschiedenartigkeit der durch ein und dieselbe Pilzvarietät hervorgerufenen Krankheitserscheinungen möge ein anderer von uns beobachteter Fall dienen, der rein klinisch das Bild eines Eczema marginatum aufwies, während die Kultur überraschenderweise ergab, daß der Erreger der Affektion das Tr. gypseum asteroides war.

Im allgemeinen führt die Infektion mit Gypseumarten zu schweren eitrigen Prozessen. Besonders die hochgradigen Formen von Kerion Celsi verdanken ihnen ihre Entstehung. Um so mehr verdient unser Fall erwähnt zu werden, da er uns zeigt, daß ein so genau beschriebenes Bild wie das des Eczema marginatum auch von einem anderen Erreger als dem Epidermophyton inguinale erzeugt werden kann.

Die Symptomatologie des typischen Eczema marginatum ist seit Hebra scharf umrissen: polyzyklisch begrenzte, im Zentrum abheilende, an den Rändern mit entzündlichen Erscheinungen fortschreitende Herde, die besonders gern in den großen Falten des Körpers (Schenkelfläche, Leistenbeugen, Achselfalten usw.), aber auch an anderen Stellen lokalisiert sind. Findet man ein so charakteristisches Krankheitsbild, so wird man meist mit der Diagnose Eczema marginatum recht behalten. Wie sehr man sich aber täuschen kann, möge unser Fall zeigen.

Status: 4 Monate alter Säugling in gutem Ernährungszustand.

Haut: Die Schulterregion besonders und der Rücken bis zum neunten Brustwirbel weisen kreisförmige, teilweise konfluierende Effloreszenzen auf. Sie sind aus stecknadelkopfgroßen, ein wenig über das Niveau der Haut erhabenen, geröteten Knötchen, die geringe Schuppung zeigen, zusammengesetzt. Die Entzündung nimmt nach dem Zentrum zu allmählich ab. In einzelnen Kreisen ist das Zentrum normal. Auf beiden Gesäßhälften befinden sich mehrere runde, fünfmarkstückgroße, scharf abgegrenzte, rötliche, stark schuppende Herde, bei denen der Unterschied zwischen Zentrum und Peripherie nicht so deutlich wie bei den Herden am Rücken ausgesprochen ist.

Mikroskopisch: In den Schuppen deutlich lange, unregelmäßige Myzelfäden, wenig Sporen.

Kultur: Typisches Trichophyton gypseum asteroides.

Therapie: 5% Schwefelvaseline.

Digitized by Google

Verlauf: 27. IX. Deutliches serpiginöses Fortschreiten des peripherischen Randes. 30. IX. Die Effloreszenzen am Rücken sind zu einem großen Herd konfluiert, dessen Zentrum fast abgeheilt ist.
8. X. Keine Schuppung mehr. Der peripherische Rand des großen Herdes ist abgeflacht, zeigt nur noch geringe Rötung. Die Effloreszenzen am Gesäß sind abgeblaßt.
11. X. Vollkommene Heilung.

Das Aussehen der Effloreszenzen, ihr Bestreben, zu großen Herden zu konfluieren, das serpiginöse Fortschreiten führten zur klinischen Diagnose „Eczema marginatum". Erst der kulturelle Nachweis des Erregers zeigte, daß diese eczema-marginatum-ähnliche Erkrankung durch einen Trichophytonpilz hervorgerufen wurde, eine Tatsache, die wiederum beweist, daß für das klinische Bild einer Pilzerkrankung nicht immer die Art des Erregers maßgebend ist.

Aus der Deutschen dermatologischen Klinik in Prag (Prof. C. KREIBICH).

Syphilis und Wismut.

Von

Dr. JOH. SCHUBERT.

Angesichts der bereits so reichen Literatur über das Wismut bei Syphilis darf sich der historische Teil auf Schlagworte beschränken. 1889 die Versuche BALZERS, später die von EHRLICH über Wismut-Arsenverbindungen und von KOLLE-RITZ über Wismutkolloide; 1921 die Versuche von SAZERAC und LEVADITI, heute Frankreich unter dem Zeichen der Wismuttherapie, und fast alle großen Laboratorien damit beschäftigt, ein Wismutpräparat herauszubringen.

Das Entgegenkommen der Firmen gestattete uns, an etwa 50 Fällen vergleichende Studien über die neue Wismuttherapie durchzuführen. Gearbeitet wurde mit Trépol indoloré (Emulsion), Neotrepol (Emulsion), Tarbisol (Emulsion und Lösung) von Usines du Rhône, Tarbis Norgine (Lösung), Bismogenol Tosse (Emulsion), Muthanol Lemay (Emulsion).

Von diesen Präparaten stellt das Neotrepol reines Bi dar, die anderen sind organisch gebunden an Weinsäure und andere Substanzen. Aus allen Erfahrungen geht hervor, daß das Bi in dieser seiner Anwendung als Metall wirkt wie das Quecksilber. Es wird daher gut sein, sich seine Eigenschaften anzusehen.

Seiner Stellung im MENDELEJEW-System nach ist das Bi Schwermetall, hat als solches ätzende Wirkung, ist Protoplasmagift und wird an den Schleimhäuten als Schwefelmismut ausgeschieden. Als Angehöriger der Phosphorarsengruppe zeigt es Beziehungen zu den Lipoiden, besonders also zum Nervensystem, zur Leber. Seine charakteristischen Folgen aus schweren Intoxikationen sind: Stomatitis mit grauvioletten Schleimhautverfärbungen, Enteritis mit Ätzungen verschiedenen Grades, Nierenschädigung bis zur Zerstörung der Tubuli contorti; an der Haut graugrüne Verfärbungen, gelegentlich Erytheme und Purpura. Am Nervensystem Kopfweh, Schwindel, allgemeine Abgeschlagenheit, Sehstörungen,

Digitized by Google

bis zu Krämpfen, Lähmung der Herz- und Gefäßbahnen und des Atemzentrums. Mit seinen Verwandten, dem Phosphor, Arsen, Vanadium, Antimon teilt es seine stark treponementötende Wirkung im Reagenzglas.

Diese Voraussetzungen deuten den Weg, auf dem innerhalb der Dosis tolerata Erfolg und Gefahr zu erwarten sein wird.

Von den Einbringungsformen hat sich, wie auch in der Literatur bereits feststeht, die intramuskuläre Injektion öliger Suspensionen am besten bewährt. Die anderen sind entweder wirkungslos wie die orale, hochtoxisch wie die intravenöse, schmerzhaft wie die subkutane oder die intramuskuläre mit klaren Lösungen. In dieser Form geschieht die Resorption recht langsam. Man hat radiologisch noch nach 34 Tagen Depotspuren nachweisen können. Levaditi drückt das gleiche mit den Worten aus, der Kranke behandle sich noch lange nach der letzten Injektion selbst weiter. Es ist in allen Körperflüssigkeiten nachgewiesen worden, ziemlich reichlich auch im Liquor. Vielleicht ist dies, wie bereits drei französische Arbeiten (Marie, Evrard, Levaditi) erwähnen, die Zukunft des Präparates. Wir beobachteten einen Fall, der mit Liquorveränderungen (Pandy +, Zellen 32, Hämolysin +, WR im Liquor +++) an unserer Klinik lag und nach 2 Silbersalvarsan- und 30 Trepolinjektionen in allen Liquorreaktionen negativ wurde.

Sehr bald nach Behandlungsbeginn findet sich das Bi auch in den Ausscheidungen.

Behandelt wurden an unserer Klinik: Lues II, Lues III, hingegen keine seronegativen Sklerosen, um die Zeit der Abortivbehandlung mit Salvarsan nicht vorübergehen zu lassen. Die Ergebnisse waren folgende: Sehr schnelle Epithelisierung von Papeln, Kondylomen, Gummen, Verschwinden der Spirochäten nach 2—3 Tagen, manchmal auch erst nach 5—6 Tagen. Oft tritt Epithelisierung ein, noch ehe die Spirochäten verschwunden sind; sie lassen sich nach Verletzung des jungen Epithels noch nachweisen. Infiltrate und Exantheme gehen nur langsam zurück. Wiederholt haben wir während der Kur Aufschießen von neuen Effloreszenzen beobachtet. Überempfindlichkeit gegenüber Bi wurde nie bemerkt. Zwei Patienten mit Salvarsan-Hg-Überempfindlichkeit beendeten eine Trepolkur zu 12 Injektionen. Die Toleranz erscheint also bei Auswahl des richtigen Präparates größer. Auch eine Angewöhnung an das Bi ist wie an das Jod zu beobachten. Herxheimer wurde in etwa einem Viertel der Fälle beobachtet, meist nach der 2. Injektion. Unverkennbar war bei vielen die roborierende Wirkung. Gelegentlich zeigte sich Steigerung der Diurese.

An Nebenerscheinungen sahen wir: Sehr oft Wismutsaum am Zahnfleisch, seltener leichte Stomatitiden, die leicht heilbar waren, jedoch auch dreimal recht schwere, davon 2 nach Trépol indoloré, 1 nach Tarbis. An Niere und Leber wurden nie ernste Störungen beobachtet. Eine Patientin mit Neurosis cordis bekam in der Nacht nach der 1. Injektion Angstanfälle und Herzklopfen, so daß die Wismutbehandlung ausgesetzt werden mußte. Sie wurden dann weiterhin mit Silbersalvarsan ohne Zwischenfall behandelt. Am ernstesten sind wohl die Störungen am Nervensystem. Ein beträchtlicher Teil der Patienten, besonders der mit löslichen Präparaten behandelten, klagte über Schmerzen im Hinterkopf,

Digitized by Google

Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Schlaflosigkeit, Herzklopfen und Angstzustände. Alle diese Erscheinungen zeigten sich sofort in erhöhtem Maße, sobald bei diesen neuen Präparaten die noch nicht sicher erprobte Maximaldosis auch nur um ein weniges überschritten wurde.

Aus der Literatur ließe sich noch hinzufügen, daß man ähnliche Nervenstörungen vielfach beobachtet hat (1), gelegentlich den angioneurotischen Symptomenkomplex, einmal Metrorrhagie, hier und da ernstere Nierenschädigungen, an der Haut Erytheme und Purpura.

An unserer Klinik wurde auch eine Anzahl von Fällen kombiniert mit Bi-Salvarsan behandelt, es konnte aber keine Zusammenarbeit, etwa im Sinne schnelleren Verschwindens von Exanthemen, Infiltraten, Lymphadenitiden, oder in serologischer Richtung beobachtet werden.

Was die Schmerzhaftigkeit der Injektion selbst und der Depots betrifft, so waren sehr große Unterschiede zu sehen. Muthanol und Bismogenol schmerzten überhaupt nicht, Trepol, Neotrepol und Tarbisol (Suspension und Lösung) in etwa 20% der Fälle verschieden stark, Tarbis Norgine (vor seiner Novokainisierung verwendet) sehr heftig. Besonders schmerzhaft waren auch die subkutanen und intramuskulären Injektionen löslicher Bi-Präparate.

Es fiel sehr bald auf, daß die Schmerzhaftigkeit ziemlich genau parallel ging der allgemein toxischen Wirkung des Präparates, besonders der neurotropen. Nun ist bekannt, daß die intravenösen Bi-Injektionen am toxischsten sind und ihnen zunächst die subkutanen und intramuskulären löslicher Präparate folgen. Eine Verkleinerung der Dosen oder Vergrößerung des Zeitintervalles bringt dabei keine wesentliche Änderung. Da für die weit besser verträglichen öligen Suspensionen meist dieselben Verbindungen verwendet werden, so müßten für diese bessere Resorptionsbedingungen bestehen, hauptsächlich aber wird bei ihnen das Optimum zu suchen sein, wo dem Körper gerade jene kleinsten Bi-Mengen (gewissermaßen Minimalinjektionen) zugeführt werden, die er ohne Störung verarbeiten kann.

Eine Untersuchung der gut geschüttelten Emulsion im Dunkelfelde ergab folgendes: Das gewöhnlich gebrauchte schmerzhafte Hg salicyl. besteht aus ziemlich groben Brocken (etwas über Leukozytengröße), dazwischen verschiedene große Teilchen bis zur Größe von Mikroben. Die mäßig schmerzhaften und wenig toxischen Wirkungen entfaltenden Bi-Tartrate Trepol und Neotrepol zeigen außerordentlich regelmäßige Verteilung in gleiche Körnchen von Kokkengröße. Die beiden gar nicht schmerzhaften, selten toxischen Präparate Bismogenol und Muthanol zeigen im Dunkelfeld das Tyndallphänomen, das Bild des geformten Milchstraßennebels; die Größe der Teilchen ist also ultramikroskopisch.

Dieses auffällige Zusammengehen von Schmerz, Toxizität und Teilchengröße läßt vermuten, daß bei Bismogenol und Muthanol die optimalen Resorptionsbedingungen herrschen. Vielleicht hängt das mit der Senkungsgeschwindigkeit der feinen Teilchen im Öl zwischen den Muskelfasern und -schichten und einer dementsprechend geänderten Aufnahme zusammen. Danach ist es auch wahrscheinlich, daß die Bi-Präparate in ihrer heutigen Gestalt nur quantitativ, nicht auch qualitativ in jene Form gebracht sind, die sie weniger organotrop, mehr ätiotrop macht.

Digitized by Google

Zum Schluß wäre noch zu sagen, daß die serologische Wirkung der Bi Behandlung im allgemeinen sehr schwach ist. Wir haben bis jetzt nur zwei Fälle negativ werden sehen. Ob wiederholte Kuren hier größeren Erfolg bringen, wird noch abzuwarten sein. Möglicherweise vernichtet das Bi nur die leicht erreichbaren Spirochäten, möglich auch, daß es bei seinen Beziehungen zu den Lipoiden nach langem Verweilen im Organismus selbst lipoide Veränderungen hervorruft, die sich dann serologisch anzeigen.

Die Zusammenfassung des Wesentlichen ergibt also an Wirkung: Schnelles Epithelisieren, mäßig rasches Verschwinden der Spirochäten, lange Dauer bis zum vollständigen Verschwinden der Effloreszenzen, wenig Stomatitis, selten Nierenschädigung, oft hingegen Nervenerscheinungen, geringe serologische Wirksamkeit. Im ganzen besser als Hg, aber nach unseren Erfahrungen in beträchtlichem Abstand vom Salvarsan.

Literatur.

1. Görl und Voigt, Zur Bi-Behandlung der Syphilis. M. m. W., 2. II. 1923, Nr. 5.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M.
(Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. K. Herxheimer).

Ein Beitrag zur Lehre von der Rektalgonorrhoe.

Von

Dr. Hans Martin.

Die gonorrhoische Erkrankung der Rektalschleimhaut hatte trotz des frühzeitigen Hinweises von Neisser auf die Häufigkeit ihres Vorkommens zunächst wohl wegen der meist mangelnden subjektiven Beschwerden und infolge der Schwierigkeit des Gonokokkennachweises im Rektalsekret nicht die erforderliche Beachtung gefunden. Erst seitdem von Baer (1) in eingehenden Untersuchungen aus der hiesigen Klinik und Jullien (2) erstmalig auf die Rektalgonorrhoe als einer häufigen Komplikation der weiblichen Genitalgonorrhoe hingewiesen worden war, ist das Krankheitsbild der gonorrhoischen Erkrankung des ampullaren Abschnitts der Rektalschleimhaut durch die zahlreichen Nachuntersuchungen allgemein anerkannt und weitgehend geklärt worden.

Der Sitz der bei der Rektalgonorrhoe sich abspielenden Entzündungsprozesse ist der untere Teil des Rektums. Die Angaben über die Höhe, bis zu der sich die pathologischen Veränderungen vom Sphincter ani an aufwärts erstrecken, bewegen sich im allgemeinen zwischen 3—8 cm (Eichhorn [3], Boas [4], Stühmer [5] u. a.), was also bei anatomischer Betrachtung einer Lokalisation der gonorrhoischen Erkrankung auf die Schleimhaut der Ampulla recti entspricht. Ein Hinaufreichen über die Ampulle mit diffuser Erkrankung der Darmschleimhaut und ausgedehnter Geschwürsbildung ist nur bei Förster (6) erwähnt, eine Beobachtung, die jedoch in die Zeit vor der Entdeckung des Gonokokkus fällt und daher nur bedingten Wert besitzen dürfte.

Digitized by Google

Abweichend von dem in der Literatur geschilderten Verhalten bezüglich der Höhe der Lokalisation der gonorrhoischen Erkrankung der Rektalschleimhaut und in gewisser Annäherung an den angeführten Förstersschen Fall stellte sich die Rektalgonorrhoe einer Patientin unserer Beobachtung dar. Wenn wir uns daher erlauben, im folgenden diesen Fall mitzuteilen, so geschieht dies in erster Linie deshalb, um damit die Aufmerksamkeit auf einen Punkt hinzulenken, dem nach den Angaben in der Literatur bisher anscheinend nicht die Beachtung geschenkt worden ist, die der Erkennung der zu beschreibenden Komplikation vielleicht gerade für die Erklärung der Hartnäckigkeit mancher Fälle von Rektalgonorrhoe zukommen dürfte.

Auguste H., 19 Jahre alt, Aufnahme ins Krankenhaus am 22. IX. 1922.

Anamnese: Genauer Infektionstermin unbekannt, vor etwa 14 Tagen Brennen beim Wasserlassen, Urindrang.

Status praesens: Kleine, anämische, schmächtige Pat. in reduziertem Ernährungszustand.

Genitalbefund bei der Aufnahme. Makroskopisch: Urethra: reichlich gelblicher Eiter. Zervix: glasiger Schleim. Rektum: Schleimhaut feucht, blaß. Mikroskopisch: Urethra: sehr viel Ek., Gonokokken +. Zervix: Schleim, vereinzelt Ek. Rektum: Detritus.

Therapie: Behandlung der Urethralgonorrhoe in der üblichen Weise.

29. IX. 1922. Urethra: viel Ek., Gonokokken +. Zervix: Schleim, wenig Ek. Rektum: Detritus.

4. X. Pat. klagt über Schmerzen im After. Makroskopisch zeigt sich bei der Spekularuntersuchung die Rektalschleimhaut gerötet und stark geschwollen, bei Berührung leicht blutend. Reichlich schleimiger Eiter, der beim Pressen aus der Analöffnung in dicken Tropfen herausquillt. Mikroskopischer Befund: sehr viel Eiterkörperchen, Gonokokken +.

Therapie der Rektalgonorrhoe: 1mal täglich Spülung mit Arg. nitr. 1:2000, 1mal täglich Spülung mit Kal. perm. 1:6000. Abends Einlage eines 10%igen Ichthyolglyzerintampons.

13. X. Urethra: Ek., Gonokokken +. Zervix: Schleim, vereinzelte Ek. Rektum: makroskopisch: Schleimhaut gerötet, geschwollen, mit dickflüssigem Eiter bedeckt. Mikroskopisch: Schleim, sehr viel Ek., keine Gonokokken.

20. X. Urethra: Ep., Ek. Zervix: Schleim, wenig Ek. Rektum: bei der rektoskopischen Untersuchung Schleimhaut der Ampulle entzündlich gerötet und ödematös geschwollen, mit zähem, schleimigem Eiter bedeckt. Mikroskopisch: sehr viel Ek., keine Gonokokken.

27. X. Urethra: Ep., Ek. Zervix: Schleim, vereinzelt Ek. Rektum: bei der rektoskopischen Untersuchung Schleimhaut der Ampulle stark entzündlich gerötet und ödematös geschwollen, mit zähem, schleimigem Eiter bedeckt. Auf der Vorderwand der Ampulle, etwa 1 cm unterhalb der Kohlrauschschen Falte, ein etwa linsengroßes, scharf abgesetztes, leicht blutendes, flaches, weiches Geschwür mit erhabenen Rändern. Mikroskopischer Befund: im Sekret des Geschwürs sowie im Schleim der Rektalschleimhaut sehr viel Eiterkörperchen, Gonokokken +. Therapie: Behandlung der Rektalgonorrhoe wie bisher, außerdem tägliche Touchierung des Ulkus mit 2%iger Solutio argenti nitrici.

1. XI. Das Geschwür hat sich gut gereinigt und beginnt vom Rand her zu epithelisieren. Gonokokkenbefund im Sekret des Geschwürs negativ.

3. XI. Urethra: Ep., Ek. Zervix: Schleim, vereinzelte Ek. Rektum: makroskopisch: Schleimhaut gerötet und geschwollen, mit zähem Schleim bedeckt. Ulkus fast abgeheilt. Mikroskopisch: Schleim, Ek. Behandlung der Rektalgonorrhoe wie bisher. Ätzung des Ulkus ausgesetzt.

15. XI. Urethra: Ek., Ep. Zervix: Schleim, vereinzelt Ek. Rektum: makroskopisch: die hochgerötete Schleimhaut ist mit zähem, fadenziehendem Schleim bedeckt, an der Stelle des früheren Ulkus außer einer starken Rötung keine Veränderung mehr nachweisbar. Mikroskopischer Befund: Schleim, Ek.

22. XI. Pat. klagt erneut über Schmerzen im After.

Digitized by Google

23. XI. Urethra: Ep., Ek. Zervix: Schleim, vereinzelt Ek. Rektum: makroskopisch: beim Pressen entleert sich zäher eitriger Schleim aus der Analöffnung. Bei der rektoskopischen Untersuchung zeigt sich die Schleimhaut stark gerötet und geschwollen. mit zähem Schleim bedeckt. Bei Berührung leicht blutend. Mikroskopisch: sehr viel Ek. Gonokokken +. Außer der bisherigen Lokalbehandlung Vakzinebehandlung mit Arthigon intravenös in steigenden Mengen, beginnend mit 0,3 ccm.

30. XI. Urethra: Ep., Ek. Zervix: Schleim, vereinzelte Ek. Rektum: makroskopisch und mikroskopisch: wenig verändert.

7. XII. Urethra und Zervix wie bisher. Rektum: makroskopisch: Schleimhaut immer noch stark gerötet, mit zähem Schleim bedeckt. Mikroskopisch: sehr viel Ek., Gonokokken +.

14. XII. Urethra und Zervix wie bisher. Rektum: makroskopisch: Schleimhaut glatt, übernormal gerötet, mit zähem Schleim bedeckt. Mikroskopisch: Schleim, sehr viel Ek.

21. XII. Urethra und Zervix wie bisher. Rektum: makroskopisch: außer einer geringen Rötung der Rektalschleimhaut und Auflagerung von zähem, fadenziehendem Schleim keine auffallenden Veränderungen mehr. Stelle des früheren Ulkus kaum mehr sichtbar, nur noch einige Gefäßerweiterungen. Mikroskopisch: Schleim, vereinzelt Ek., Detritus.

28. XII. Urethra und Zervix wie bisher. Rektum: makroskopisch: Schleimhaut fast normal. Mikroskopisch: Detritus. Exponiert mit der bisherigen Behandlung.

2. I. 1923. Provokation mit Arthigon 1,0 ccm intravenös.

3. I. Urethra: Ep., vereinzelt Ek. Zervix: Schleim, vereinzelt Ek. Rektum: Die Schleimhaut der Ampulle ist gerötet, geschwollen und mit dünnem, eitrigem Schleim bedeckt. Von dem seinerzeit beobachteten Geschwür außer den bereits seit einiger Zeit bestehenden Gefäßerweiterungen an der ursprünglichen Geschwürsstelle nichts mehr nachweisbar. Aus den höher gelegenen Darmabschnitten, die der rektoskopischen Untersuchung nur ungenügend zugängig sind, fließt reichlich dünnflüssiger, eitriger Schleim herab. Da mit den zur Verfügung stehenden technischen Hilfsmitteln die an die Ampulle nach oben anschließenden Darmabschnitte nicht sichtbar gemacht werden können und nach dem rektoskopischen Befund die Ursache für das erneute Rezidiv der Rektalgonorrhoe offenbar in dem supraampullaren Abschnitt des Interstinum rectum zu suchen ist, Vornahme der Rektoromanoskopie in der chirurgischen Universitätsklinik.

Befund: Schleimhaut bis 18 cm oberhalb des Spincter ani mit dünnem, eitrigem Schleim bedeckt, entzündlich gerötet und ödematös geschwollen. Veränderungen am stärksten dicht oberhalb des Anus. Kein Ulkus. Diagnose: Proktitis. Mikroskopisch: sowohl im Schleim der Rektalampulle, als auch im Sekret der höher gelegenen Abschnitte: neben geringen Mengen von Darmbakterien reichlich Ek., Gonokokken +.

8. I. Behandlung des weit über die Ampulle hinaus nach oben sich erstreckenden gonorrhoischen Prozesses mit antiseptischen Druckspülungen. Technik: Einführen eines Darmrohres etwa 20 cm hoch, Einspritzen von 400 ccm Flüssigkeit mit Janetspritze. Abklemmen des Darmrohrs, Flüssigkeit 10 Minuten bis $^1/_4$ Stunde halten lassen. Vornahme der Spülungen nach Entleerung des Darms, 3mal täglich (2mal mit $2\,^0/_{00}$iger Lösung von Arg. nitr., 1mal täglich mit $4\,^0/_{00}$iger Lösung von Kal. permang.). Außerdem abends Einlage eines $10\,^0/_0$igen Ichthyolglyzerintampons. Vakzinekur mit Gonargin.

17. I. Urethra: Ep., vereinzelt Ek. Zervix: Schleim, vereinzelt Ek. Rektum: Schleimhaut leicht gerötet, mit zähem Schleim bedeckt. Mikroskopisch: Schleim, vereinzelt Ek.

25. I. Urethra und Zervix wie bisher. Rektum: Schleimhaut immer noch übernormal gerötet, mit einer dünnen Schicht von zähem Schleim bedeckt. Mikroskopisch: vereinzelt Ek., Detritus.

30. I. Urethra und Zervix wie bisher. Rektum: Schleimhaut blaß, feucht. Mikroskopisch: Detritus. Therapie wird exponiert.

2. II. Urethra und Zervix wie bisher. Rektum: Schleimhaut blaß, feucht. Mikroskopisch: Detritus.

3. II. Provokation mit Arthigon 0,5 ccm intravenös.

5. II. Rektoromanoskopische Nachuntersuchung in der chirurgischen Universitätsklinik. Befund: Keine Veränderung mehr nachweisbar.

6. II. Pat. wird geheilt entlassen. Entlassungsbefund: Urethra Ep., vereinzelt Ek. Zervix: Schleim, vereinzelt Ek. Rektum: Schleimhaut feucht, blaß. Mikroskopisch: Detritus.

Digitized by Google

21. III. Nachuntersuchung. Seit der Entlassung keine Beschwerden mehr. Urethra: Ep. Zervix: Schleim, vereinzelt Ek. Rektum: Schleimhaut feucht-blaß, an der Stelle der früheren Ulzeration einige Gefäßerweiterungen. Mikroskopisch: Detritus.

Nach der Krankengeschichte handelt es sich also um eine Rektalgonorrhoe, die bei einer Patientin mit Urethralgonorrhoe im Beginn der Krankenhausbehandlung akut auftrat. Das Zustandekommen der Infektion des Rektums von der Urethra her, deren Sekret im Anfang sehr reichlich war und bei dem muldenförmigen niedrigen Damm der in ihrem Gesamthabitus infantilen Patientin sehr wohl nach der Analöffnung gelangen konnte, erscheint in diesem Fall durchaus möglich, zumal die rektale Infektion durch das Zervikalsekret beim Fehlen einer Zervikalgonorrhoe nicht in Frage kommt, und wir die vielleicht noch in Betracht kommende sogenannte Hospitalinfektion bei dem geschulten Personal und dem bisherigen Fehlen derartiger Beobachtungen in der Klinik ausschließen möchten.

Was den Ablauf der gonorrhoischen Erkrankung der Rektalschleimhaut vor allem auszeichnet, ist neben der Hartnäckigkeit des Prozesses die außergewöhnliche Lokalisation der gonorrhoischen Entzündung, indem die pathologischen Veränderungen sich nicht wie gewöhnlich nur auf den ampullaren Teil des Rektums beschränkten, sondern sich bis zu einer Höhe von 18 cm oberhalb des Sphincter ani, also bis zum Übergang des Intestinum rectum ins Colon sigmoideum ausdehnten. Bei der rektoromanoskopischen Untersuchung zeigte sich die Schleimhaut der befallenen Partien, besonders ausgesprochen in den dicht oberhalb des Anus liegenden Teilen, ödematös geschwollen, entzündlich gerötet und mit dünnflüssigem, eitrigem Schleim bedeckt. In dem an den verschiedensten Stellen entnommenen Sekret fanden sich mikroskopisch massenhaft Leukozyten und zahlreiche intrazellulär gelagerte Haufen von gramnegativen Diplokokken in für die Gonokokken typischer Form. Der Versuch, die nach dem Krankheitsablauf und dem mikroskopischen Befund als Gonokokken anzusprechenden Diplokokken auch durch die Kultur als solche zu verifizieren, gelang nicht. Es erscheint dies jedoch bei dem Bakterienreichtum des Rektums mit seinen schnell und üppig wachsenden Darmbakterien gegenüber dem langsamer wachsenden Gonokokkus in Übereinstimmung mit den in der Literatur niedergelegten Erfahrungen durchaus verständlich.

Das Vorherrschen der Entzündungserscheinungen in den dicht oberhalb des Anus liegenden Partien in unserem Fall hat ebenso wie das sonst allgemein beobachtete alleinige Befallensein der Schleimhaut der Ampulle wohl vor allem seinen Grund in biologischen Eigenschaften des Gonokokkus, der nach Josef Koch (7) trotz der auch unter anaeroben Bedingungen vorhandenen Entwicklungsmöglichkeit stets am üppigsten und reichlichsten bei Luftzutritt wächst und nach Flügel (8) durch die stark alkalische Reaktion der Darmschleimhaut und die mächtige Bakterienflora besonders in den höher gelegenen Darmabschnitten in seinem Wachstum geschädigt bzw. gehemmt wird, alles Faktoren, die wohl geeignet sind, die gewöhnliche Lokalisation der Rektalgonorrhoe in der der Analöffnung am nächsten liegenden ampullaren Region und das auch in

Digitized by Google

unserem Fall vorherrschende Befallensein dieser Partien verständlich zu machen, sowie den häufig schnellen Ablauf der Rektalgonorrhoe bei geeigneter Behandlung zu erklären.

Vielleicht wird man aus ähnlichen Überlegungen heraus auch zu einem befriedigenden Aufschluß über die unklare Ursache der Hartnäckigkeit mancher Fälle von Rektalgonorrhoe kommen, bei denen unter Ausschluß anderer hierfür in Betracht kommender Möglichkeiten der gonorrhoische Entzündungsprozeß sich entgegen der Regel bis zu einer außergewöhnlichen Höhe erstreckte, wie es sich bei unserem Fall feststellen ließ. Denn die in den höheren Darmabschnitten befindlichen Gonokokken sind zwar aus den verschiedenen, mit der Biologie des Gonokokkus und Terraineigentümlichkeiten zusammenhängenden Gründen in ihrem Wachstum geschädigt bzw. gehemmt, was vielleicht auch das geringe klinische Befallensein dieser Partien vom Entzündungsprozeß erklärlich macht; andererseits genügen aber die von der üblichen Art der Lokaltherapie nur ungenügend oder überhaupt nicht beeinflußten, in den hoch gelegenen Darmabschnitten nistenden Krankheitserreger, um den gonorrhoischen Prozeß der Ampulle durch Nachschub von infektiösem Material von oben her ständig zu unterhalten bzw. ihn immer wieder zum Aufflackern zu bringen. Es deckt sich diese Auffassung über die Bedeutung der geschilderten Komplikation für die Erklärung der Hartnäckigkeit mancher Fälle von Rektalgonorrhoe auch mit dem Erfolg der von uns auf Grund des rektoromanoskopischen Befundes modifizierten Lokaltherapie (s. Krankengeschichte), unter der die bisher erfolglose, immer wieder durch Exazerbationen bzw. Rezidive gestörte Behandlung zur prompten und nach dem Ergebnis der Nachuntersuchung auch bleibenden Heilung führte.

Ob das im Krankheitsverlauf an der vorderen Rektalwand in Höhe der Kohlrauschschen Falte beobachtete Geschwür als echt gonorrhoisches Ulkus analog dem Fall von Frisch (9) aufzufassen ist, oder ob es sich um eine banale, sekundär mit Gonokokken infizierte Ulzeration handelt, ist allein auf Grund der Sekretuntersuchung des Geschwürsgrundes bei Mangel einer histologischen Untersuchung nicht endgültig zu entscheiden.

Literatur.

1. Baer, D. m. W., 1896, Nr. 8, und 1897, Nr. 51/52. — 2. Jullien, Lewinsche Festschrift. — 3. Eichhorn, Derm. Zschr., 1909. — 4. Boas, Derm. W., 1920. — 5. Stühmer, Derm. Zschr., 1921. — 6. Förster, im „Handb. d. Geschlechtskrkh.". Bd. 2, zit. n. Mucha. — 7. J. Koch, im „Handb. d. pathog. Mikroorganismen", Bd. 4, von Kolle-Wassermann. — 8. Flügel, B. kl. W., 1905. — 9. Frisch, Verhandl. d. physikal.-med. Ges. in Würzburg 1890/91.

Versammlungen.

Nordwestdeutsche Dermatologenvereinigung und Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona.

Gemeinsame Sitzung am 25. III. 1923 im Städtischen Krankenhause Altona.

Vorsitzender: Klingmüller. Schriftführer: Bruck, Delbanco.

Delbanco: 1. 27jähr. Mädchen mit handtellergroßer, kreisrunder, **kartenblattförmiger Sklerodermie** um den Nabel mit Einbeziehung dieses. In Anamnese schwere Adnexgonorrhoe.

Digitized by Google

2. 16jähr. Mädchen. Fall zur Diagnose. **Morbus Recklinghausen** oder **umschriebene Atrophien der Kutis.** Im Gesicht, am Halse und an den Extremitäten bis erbsengroße Einziehungen oder auch Vorstülpungen der Oberhaut. Erstere vor allem um die Augen, von weitem schon auffallend, aussehend wie steilrandige Vertiefungen. Über den kleinen Herden an den Extremitäten Epidermis atrophisch und glänzend. In die Herde fällt die Fingerspitze wie in ein Loch. Kein Gefühl eines fremdartigen Gewebes mit strangförmigem Fortsatz wie bei dem Neurofibrom. Im Fall eines solchen müßte das Innengewebe in einzelnen Herden geschwunden sein. Auch P. G. Unna hat die Diagnose offen gelassen. Gedacht muß noch werden an **umschriebenen Schwund des elastischen Gewebes.** Probeexzision wird vorgenommen. Pat. entstammt schwerdegenerativer Familie.

3. $2^1/_2$jähr. Mädchen, dessen haselnußgroße **Angiome** am rechten Ohr und linken Oberlippe seit zwei Jahren mit Radium bestrahlt werden und tadellose Narben hinterlassen. Radium, die Therapie der Wahl, für die Angiome der Neugeborenen.

4. 65jähr. Schmied mit **Dupuytrenscher Kontraktur** der rechten Hand. Stark positive WR, zufälliger Befund. Anamnese negativ.

Diskussion: Arning, Delbanco.

5. 60jähr. Mann, enorme Prostataschwellung mit eitrigem Retentionsurin. Angeblich nie Lues, vor 50 Jahren Blennorrhoe. Frau und Kinder gesund. Stark positive WR. Zimmern provozierte mit Terpichin Gonokokken. Unter Jodkali ohne lokale Behandlung völlige Klärung des Urins, Rückgang der Prostatitis. Gonokokkenhaltige Fädchen bleiben. **Gummöse Prostatitis auf alter Blennorrhoe.** Bericht über die gummöse **Zystitis** einer 52jähr. Frau, durch WR entlarvt, lange erfolglos behandelt.

Arning: 1. 12jähr. Mädchen mit ausgebreiteter **Oidiomykosis** des linken Fußes und Unterschenkels. Vorführung der Kulturen und Differenzierung von Ekzem und Epidermophytie.

2. Vier Kinder mit nach Total-Röntgenepilation wegen **Mikrosporie** auffallend starkem Haarwuchs. Das Haar im Gegensatz zum früheren glatten dunklen Haar jetzt blond und exquisit lockig. A. hat noch drei weitere Fälle dieser Art beobachtet.

Lilienstein: 1. 38jähr. Frau mit **Acrodermatitis atrophicans** der rechten oberen Extremität. Beginn vor 7 Jahren.

2. Fast universeller **Lichen ruber planus** bei einem 21jähr. Mädchen.

Bruck: 1. **Karzinom** der Nasolabialfalte, mit Deutschmannschem Serum lokal und allgemein behandelt. Zunächst guter Erfolg. Später Rezidiv und schnelles Tiefenwachstum. Ausgedehnte operative Entfernung.

Diskussion: Wichmann.

2. **Zwei Karzinome** des Gesichts und der Mamma mit riesigen Zerstörungen; in dem einen Fall ist der ganze Gesichtsschädel und beide Augen destruiert, in dem anderen beide Mammae eine große Geschwürsfläche. Beide Fälle betreffen alleinstehende Frauen, die bisher noch nie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen hatten.

3. Drei Fälle von **Morbus Recklinghausen** bei 17-, 21- und 26jähr. Männern. Hinweis auf die ganz allmählich und erst nach der Pubertät eintretende Zunahme der Neurofibrome und auf das Fehlen psychischer und somatischer Degenerationserscheinungen. Bei dem einen Fall besteht gleichzeitig ein Naevus anaemicus.

4. Pat. mit **Pityriasis lichenoides chron.** (Fall von Dr. Brinitzer, in dessen Vertretung vorgestellt). Gleichzeitig besteht eine lat. Lues. Der Ausschlag ist seit mehreren Jahren trotz reichlichster antiluetischer Behandlung unverändert geblieben. Hinweis auf die Differentialdiagnose: Parapsoriasis, papulo-squamöses Syphilid.

Griesbach zeigt einen Fall mit Aneurysma der Aorta ascendens und der Anonyma, der infolge einer als Mediastinaltumor imponierenden Röntgenaufnahme jahrelang für einen solchen angesprochen und dementsprechend mit Tiefenbestrahlung behandelt wurde. Da andererseits auch der Blutwassermann stark positiv war, so bekam der Kranke auch Jod und Neosalvarsan. Der günstige Verlauf über mindestens 9 Jahre, sowie die ausgesprochenen Aneurysmasymptome lassen jetzt keinen Zweifel mehr, daß es sich von jeher um ein Aneurysma und nicht um einen Tumor gehandelt hat.

Auf Anfrage von Delbanco, ob Bestrahlung nunmehr unzweckmäßig wäre, bemerkt Vortr., daß im Gegenteil diese wahrscheinlich die Thrombenbildung und Bindegewebsvermehrung in der Aortenwand begünstigt habe.

Wohlwill: Über **Herpes zoster.** Vortr. demonstriert an Diapositiven die pathologisch-anatomischen Veränderungen am Nervensystem, und zwar an peripherischen Nerven (Spinalganglien), vorderen und hinteren Wurzeln und Rückenmark in 6 Fällen

Digitized by Google

von Herpes zoster. Eine Erkrankung des Spinalganglions fehlte in 2 Fällen, ist also nicht conditio sine qua non. Auch in den anderen Fällen tritt zum Teil die Bedeutung der Erkrankung des Ganglions gegenüber derjenigen anderer Abschnitte des primären sensiblen Neuroms nicht besonders hervor. In einem Fall konnte wahrscheinlich gemacht werden, daß eine durch Aortitis syphilitica bedingte Verengerung der Abgangsstelle einer Interkostalarterie eine besondere Prädisposition zur Erkrankung in dem betreffenden Nervensegment herbeigeführt hatte.

L. Lichtwitz: **Hauterscheinungen bei Erkrankungen endokriner Drüsen.** Die Haut ist die Signalstation, auf der sich Funktionszustände innerer Organe in der mannigfaltigsten Weise kundgeben. Sie gibt daher Hinweise für die Konstitutionsbestimmung und für die Pathologie der Inkretdrüsen. Die Zahl der Symptome und der Zusammenhänge ist so groß, daß es schwer ist, einen Faden zu finden, der durch dieses Labyrinth führt. Am Beispiel der Pigmentstörungen wird zunächst die neurotische und die endokrine Wurzel aller krankhaften Veränderungen entwickelt. Alle Erscheinungen, die durch Blutdrüsenerkrankung entstehen, können auch durch Prozesse im zentralen, peripheren oder autonomen Nervensystem bedingt sein. Diese Erkenntnis führt zu den Begriffen des neuroendokrinen Systems und der neuroendokrinen Alteration. Unter Demonstration zahlreicher Kranker und Bilder gibt L. eine Darstellung der wichtigsten bei Blutdrüsen- und Nervenerkrankungen vorkommenden Hautveränderungen (Pigmentation, Behaarung, Blutverteilung, Ernährungsstörungen, Fettablagerung) und einen Hinweis auf die Beziehungen anderer Hautkrankheiten (Psoriasis, Ichthyosis, Sklerodermie, Herpes, Impetigo herpetiformis) zu Nerven- und Blutdrüsenprozessen.

Klingmüller berichtet über einen diagnostisch unklaren Fall, der vielleicht auch mit endokrinen Störungen zusammenhängt.

Lilienstein und Pulvermacher-Berlin betonen die vielleicht vorhandene Abhängigkeit der Riehlschen Melanose von inneren Sekretionsanomalien.

Felke-Rostock: **Über Wismutbehandlung bei Syphilis.**

Giemsa berichtet über chemotherapeutische Versuche mit einer von ihm hergestellten Wismutverbindung.

Bruck warnt vor einer Überschätzung der Wismutwirkung. Bismogenol wirkt leidlich, wenn auch recht langsam. Eine kräftigere klinische und serologische Wirkung scheint das lösliche, intravenös gut verträgliche Wismolen zu haben.

Weinberg gibt nähere Einzelheiten über die an der Bruckschen Abteilung gemachten Erfahrungen (erscheint an anderer Stelle).

Ritter, Antoni, Hahn-Hamburg, Zimmern haben im allgemeinen günstigen Eindruck von der Wismuttherapie. Es wird die Wichtigkeit einer Depotbehandlung mit unlöslichen Präparaten betont. Dauererfolge müßten erst abgewartet werden.

Delbanco wendet sich gegen eine Depotbehandlung und sieht die Zukunft der Wismuttherapie in der Anwendung eines löslichen, intramuskulär gut verträglichen Präparates, wie dies von Giemsa angestrebt wird.

Halle-Hannover weist auf die Chromsäure als angebliches Antiluetikum hin und regt an, weitere Versuche damit zu machen.

Hahn-Bremen, Appel, Peters, Rohrbach, Arning betonen die starke Giftigkeit der Chromsäure und haben nichts Brauchbares von dieser Behandlung gesehen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

Januar 1923.

Eine Modifikation der gewöhnlichen Syphilisbehandlung (A Modification in the Routine Treatment of Syphilis), von M. S. Thomson. Anstatt häufiger kleiner Dosen Novarsenobillon werden als Minimum drei Injektionen von 0,9 g gegeben, mit einem Intervall von je drei Wochen. Die Mehrzahl der Frühfälle hat negative WR

Digitized by Google

21 Tage nach der letzten Dosis gegeben, viele Fälle ergeben jedoch schon negative Reaktion, bevor die Kur vollendet ist, aber das Minimum an Injektionen wird doch verabreicht. Daneben Quecksilber — innerlich in Pillenform —, auch bei negativer WR, noch wenigstens ein Jahr lang. Wenn wiederholte WR wenigstens zwölf Monate lang negativ geblieben ist, wird mit der Behandlung vollständig aufgehört. Bleibt ein weiteres Jahr die WR im Blut und Liquor negativ, wird Pat. als geheilt entlassen. 500 Fälle, die primäre, sekundäre, Neurosyphilis, Spätsyphilis an Haut und Schleimhäuten betrafen, wurden auf diese Weise behandelt und bei etwa 5000 Injektionen nur insgesamt 18mal, d. i. in 0,36% derselben, Komplikationen, wie Erbrechen und Übelkeit, Erythema, Kollaps beobachtet. Für die hier beschriebene Methode wird in Anspruch genommen, daß die Gefahr der Salvarsanbehandlung auf ein Minimum reduziert wird, ohne ihre Wirksamkeit zu vermindern. Die Menge der Arsenik-Ausscheidung muß in Betracht gezogen und dessen Anhäufung (im Organismus) vermieden werden.

Über Molluscum contagiosum (A Note on Molluscum Contagiosum), von J. Jackson Clarke. Cl. bringt eine genaue Beschreibung der Molluskum-Körperchen. Man sieht eine große Anzahl sich bewegender Flagellatenkörperchen mit einem rundlichen Kopf von der Größe eines roten Blutkörperchens und einer einzigen großen Geißel (Flagellum). Die „Köpfe“ können nur residual sein und die Geißeln als Spirochäten oder Spirillen unabhängig werden, ein Stadium, welches als der Gipfel in der Lebensfähigkeit der Parasiten anzusehen wäre. Der Name, welchen Cl. für diesen Parasiten vorschlägt, ist Plassomyxa contagiosa, den Versuch der Einreihung desselben in die Klasse der Kokzidien hält er für mißlungen, vielmehr möchte er eine neue Gruppe, zu welcher der Molluskumparasit zählt, mit dem Namen Plassomyxineen bezeichnen; in der Protozoologie haben dieselben Verwandtschaft mit den Haplosporidien und Rhizomastiginen. Der unnatürlichen Trennung der botanischen Kryptogamen von der Protozoologie ist es zuzuschreiben, daß das Molluskum-Körperchen so lange nicht als Parasit erkannt wurde.

Februar 1923.

Nachruf auf John James Pringle.

Behandlung des chronischen Ekzems mit konzentriertem Kohlenbogenlicht (Finsen) (Treatment of Chronic Eczema with Concentrated Carbon Arc Light [Finsen]), von Svend Lomholt, Finsen-Institut Kopenhagen. Die Finsen-Lichtbehandlung eignet sich vor allem für Fälle von altem und gegenüber den anderen Behandlungsmethoden refraktärem Ekzem und sollte eher als die Röntgenstrahlenbehandlung in Fällen gewählt werden, wo die letztere nach der ersten Bestrahlung kein ausgesprochenes Resultat ergibt. Die Röntgenstrahlenbehandlung immer wieder zu wiederholen bedeutet eine ernste Gefahr in bezug auf dauernde Schädigung der Haut. Hier ist das Finsen-Licht vorzuziehen, wenn es auch Rückfälle nicht absolut verhindern kann; es hat aber einen gewissen stimulierenden Einfluß auf die Ernährung der Haut, indem es einen besseren lokalen Blutzufluß hervorruft und die Haut gegen Rückfälle resistenter macht. In Fällen, wo Rückfalle vorkommen, sind sie selten auf die ursprüngliche Stelle lokalisiert, sondern hauptsächlich auf Stellen, die vorher mit Licht nicht behandelt worden sind. Die gewöhnliche Expositionszeit war 15 Minuten, aber wurde oft ausgedehnt, besonders wenn die gewünschte Hautreaktion nicht eingetreten war; die Lichtmenge, die zu verwenden ist, hängt u. a. von der Hautstelle ab, wo der Krankheitsherd sitzt, indem ein direkt über einem Knochen liegender Ausschlag, wie z. B. an der Oberfläche des Schienbeins, nicht so viel Licht braucht wie ein solcher an der Wade. Diese Lichtbehandlung kann immer von neuem angewandt werden, ohne Schädigung der Haut, und ist mit Vorteil mit all den anderen wohlbekannten lokalen Mitteln für Ekzem zu kombinieren. Unter 100 Fällen von chronischem Ekzem, alle Arten desselben, d. i. infiltrierte und trockene, Bläschen- und schuppende, speziell aber viele veraltete, keratotische Fälle, die im allgemeinen mit dem Namen Neurodermatitis chronica oder Lichen chronicus bezeichnet werden, einschließend, wurden 60% völlig geheilt, so daß alle subjektiven und objektiven Beschwerden völlig verschwanden; von den übrigen 40% wurden etwa 25% mehr oder weniger gebessert und nur in 15% war das Resultat ein vorübergehendes, wenn nicht negatives.

Eine Wassermann-Mikrotechnik, die nur gelegentliche Titration des Komplements erfordert (A Wassermann Microtechnique Needing only Occasional Titration of the Complement), von Robert Donald. Die Mikrotechnik, welche mit den notwendig geringsten Mengen konstanten Serums im Jahre 1912 nach Mc Intosh und

Digitized by Google

Fildes vom Verf. eingeführt wurde, ward wiederholt und in Zwischenräumen ohne und mit Antigen erprobt. Standardisierung der Wassermannschen Reaktion wird in hohem Maße durch die Anwendung identischer Komplemente anstatt der Anwendung einer Reihenfolge von nur einmal gebrauchten Komplementen von Tieren, die nicht mehr „zu geben" vermögen, erleichtert. Von all den beim Wassermann notwendigen Reagentien ist das Komplement dasjenige, welches am wenigsten der Beständigkeit (Standardisation) fähig und daher sicherlich dasjenige, welches am häufigsten für die Unstimmigkeiten in den Resultaten bei verschiedenen Gelegenheiten verantwortlich ist. Die Standardisierung der roten Zellensuspension wird durch das Hämaglobinometer leicht erreicht. In einzelnen Kapiteln werden eingehend die Tropfmeßmethode, die Herstellung und Titrierung der Reagentien, die Transposition der Komplementtitrierung, das Ansetzen der Probe usw. beschrieben; auf Einzelheiten, die nur im Zusammenhang und genauer Reihenfolge verständlich sind, einzugehen, würde weit über den Rahmen eines kurzen Berichtes hinausgehen. M. Stern-München.

Bücherbesprechungen.

Praktikum der Gewebepflege oder Explantation, besonders der Gewebezüchtung, von Rhoda Erdmann. (Verlag Julius Springer, Berlin 1922.) Verf. hat sich der dankbaren Aufgabe unterzogen, die Methodik der Gewebepflege, mit der bisher nur wenige vertraut sind, in weiteren Kreisen zu verbreiten. Die Gewebepflege im Explantat erfordert peinlich exaktes Arbeiten. Mit Rücksicht darauf werden die Methoden der Gewinnung der Kulturmedien, das Ansetzen der Kulturen, ihre Beobachtung und Pflege aufs genaueste beschrieben. Im letzten Kapitel gibt Verf. noch eine Anzahl Anregungen, die Methode der Gewebezüchtung zur Lösung noch strittiger Fragen nutzbar zu machen. Viele Aufgaben harren noch der Erforschung. Die vornehmlichste besteht darin, ein Kulturmedium zu finden, das chemisch qualitiv und quantitiv vollkommen analysierbar ist. Dann würde die Gewebezüchtung handlicher sein, nicht mehr so viel Zeit wie jetzt erfordern und sich an die Lösung schwieriger Probleme heranwagen können. Das vorliegende Buch kann jedem, der in Zukunft biologisch forschend arbeiten will, aufs wärmste empfohlen werden. Die zahlreichen Abbildungen, der Druck und das Papier sind recht gut. F. Harry-Wiesbaden.

Taschenbuch der klinischen Hämatologie, von v. Domarus-Berlin-Weißensee. 3. Auflage. (Georg Thieme, Leipzig 1922.) Wenn in den jetzigen Zeiten schwerster wirtschaftlicher Not ein Buch in 4 Jahren 2 neue Auflagen erlebt, spricht diese Tatsache allein für die Güte des Werkes und die Beliebtheit, deren es sich erfreut. Sowohl der Student als auch der an Zeit knappe Praktiker werden in dem Büchlein alles das finden, was man von einem Taschenbuch erwarten darf. Der ausgezeichnete technische Teil, der um einige Einzelheiten gegenüber den früheren Auflagen erweitert ist, macht den Leser auf das genaueste mit der Herstellung eines Blutpräparates vertraut; und der klinische Abschnitt lehrt ihn das angefertigte Blutbild diagnostisch zu verwerten. Möge eine bessere Zeit dem Verf. und dem Verlag bald ermöglichen, ihren lange gehegten Plan, die Erweiterung des Illustrationsmaterials, zu verwirklichen. F. Landauer-Berlin.

Der Tripper, laienverständlich dargestellt von Orlowski-Berlin. (Ärztliche Beratung zur Ergänzung der Sprechstunde, Nr. 9. 3. ergänzte Auflage. Verlag von Kurt Kabitzsch, Leipzig 1923.) Eine recht gelungene, populär gehaltene und doch der Wissenschaftlichkeit nicht entbehrende Darstellung des Trippers, welche auf 51 Seiten folgende Kapitel umfaßt: 1. Erklärung des Begriffes Tripper. 2. Wo und wie erwirbt man den Tripper. 3. Wo spielt sich der Tripper ab. 4. Tripper des Mannes: A) frischer oder akuter Tripper, B) Komplikationen des Trippers. 5. Behandlung des männlichen Trippers: A) die Behandlung des frischen Trippers, wobei Orlowski der Spülbehandlung vor dem oft recht schädlichen Spritzen bei weitem den Vorzug gibt, B) die Behandlung des chronischen Trippers — ätzende und mechanische, C) die Behandlung der Komplikationen des Trippers. 6. Der weibliche Tripper (ganz kurz beschrieben). 7. Tripper und Ehe. 8. Wie schützt man sich vor Tripper? Orlowski warnt vor allen Schutzmitteln, die in Salbenform zur Anwendung kommen und empfiehlt besonders 2—3—4%ige Höllensteinlösungen, die mit einer Pipette auf das Bändchen und in die geöffnete Harnröhre eingespritzt werden. Ein recht wertvolles Kapitel ist das 9. Die Bedeutung des Trippers, die sowohl in bezug auf Ehegatten wie auch im Verhältnis zwischen Eltern und Kindern veranschaulicht wird. M. Stern-München.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Thermische und traumatische Hautschädigungen.

Die Behandlung ausgedehnter Verbrennungen mit heißer Luft und Mineralöl (The Hot Air Mineral Oil Treatment of Extensivs Burns), von W. A. Steel-Philadelphia. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 7.) Das Verfahren stellt eine Kombination und technische Verbesserung der nach Ansicht des Verf. beiden einzigen Fortschritte der Therapie der Verbrennungen innerhalb des verflossenen Jahrhunderts dar, und zwar setzt es an Stelle des Heißwasserbades die heiße Luft, die von an einem Bettrahmen angebrachten Glühlampen erzeugt wird, und an Stelle des die Eiterbildung beschränkenden und nicht wie die früher verwendeten vegetabilen Öle und tierischen Fette die Haut reizenden Paraffins verwendet er Mineralöl, mit dem die verbrannten Partien besprengt werden. E. Levin-Berlin.

Über die Behandlung der Brüste säugender Mütter, von E. Bedő-Szeged (Ungarn). (M. Kl., 1922, Nr. 29, S. 928.) Zur Heilung von Rhagaden an den Brustwarzen bei stillenden Frauen empfiehlt sich: R. Acid. tannic. 1,0, Anästhesin 0,5, Glyzerin 10,0 zum Einpinseln nach dem erfolgten Stillen. Man läßt die aufgepinselte Lösung an der Luft trocknen und bedeckt sie dann mit trockener Gaze. Bei größeren Einrissen pinselt B. mit 1—3%iger Lapislösung, pudert Xeroform ein und verbindet dann auch trocken; eventuell verschreibt er auch die Mikulitzsche Salbe. Den wichtigsten Teil der Behandlung bildet aber die Prophylaxe mit richtiger Vorbereitung der Warzen vor der Entbindung, promptem Anlegen des Säuglings, womöglich 6—8 Stunden nach der Geburt und Sorge für richtiges Erfassen der Brustwarze durch denselben.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie.

Über die Beziehung der Schälblasen zur Impetigo kont. und Dermatitis exfoliativa, von O. Weber-Berlin. (Zschr. f. Krankpfl., 1922, H. 6.) Die Neigung vieler Autoren, Impetigo und Dermatitis exfoliativa zu indentifizieren, gründet sich neben bakteriologischen und anatomischen Befunden auch auf klinische Betrachtungen. Denn häufig wurde im Arbeitsbereich einer Hebamme Impetigo zu gleicher Zeit beobachtet mit Dermatitis exfoliativa. Der Übergang von Impetigo in Dermatitis exfoliativa wurde gleichfalls beschrieben. Die Dermatitis exfoliativa erzeugte bei Übertragung auf andere Kinder Impetigo. Die Mutter eines Kindes mit Dermatitis exfoliativa bekam an der Brust Impetigoblasen. Die Gegner dieser Anschauung machen geltend, daß weder der übereinstimmende Nachweis der Bakterien noch der gleichsinnige histologische Befund einen Rückschluß auf eine gemeinsame Ursache gestatten. Ferner fehlt dem Gegner, abgesehen von der verschiedenen Lokalisation, die weitgehende Epidermolysis bei ausgedehnter Impetigo. Verf. selbst möchte zum mindesten eine enge Verwandschaft von Impetigo und Dermatitis exfoliativa annehmen, wenn es nicht überhaupt verschiedene Erscheinungsformen ein und derselben Krankheit sind, die von dem Alter des Befallenen abhängen. G. Assmann-Kiel.

Zur Frage der Impetigonephritis, von J. Husler-München. (Kl. W., 1922, Nr. 37, S. 1826.) Entgegen der von Sieben vertretenen Ansicht, daß die bei Impetigo auftretende Nephritis durch eine Diphtherie-Mischinfektion bedingt sei, vertritt Verf. den Standpunkt des Zusammenhangs einer impetiginösen Hautinfektion und Nephritis. Während Säuglinge und ältere Kinder seltener betroffen werden, stellt diese Erkrankung eine Komplikation meistens bei Kindern in den ersten 10 Lebensjahren dar. Die Erkennung der Erkrankung ist wegen der weiteren Behandlung wichtig. Bei jeder impetiginösen Hauterkrankung ist daher genaue Urinuntersuchung erforderlich.
E. Langer-Berlin.

Impetigo-Nephritis, von E. Hering-Zittau. (Zbl. f. inn. M., 1922, Nr. 39, S. 633.) Das Auftreten einer Glomerulonephritis nach Impetigo ist nach Angaben der Literatur bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen. Der Verlauf ist schwer, die Prognose ungünstig. Verf. beobachtete 7 Fälle, die fast alle 4 Wochen vor der Krankenhausaufnahme an einer juckenden Hauterkrankung ohne Fieber oder Halssymptome erkrankt waren. Bei 6 Fällen bestanden bei Krankenhausaufnahme Ödeme mittleren Grades, leicht erhöhter Blutdruck, etwas verstärkter Aortenton. In einem Falle bei einem 6jähr.

Digitized by Google

Knaben bestanden schon Zeichen einer Urämie, sonst trat niemals eine Urämie hinzu. Die Pat. konnten nach 8 (4mal), 12 (1mal), 16 bzw. 21 Wochen entlassen werden. Da Verf. unter 7 Fällen 5 Fälle bei kräftigen, dem Arbeiterstande angehörenden Männern beobachtete, und nur 2 Kinder von 6 und 8 Jahren zur Beobachtung kamen, so glaubt Verf. die Ansicht, daß Kinder häufiger als Erwachsene befallen werden, revidieren zu müssen. A. Rosenburg-Berlin.

Über die Ursache des negativen Ausfalles der Diphtheriehautreaktion bei maligner Diphtherie, von Egon Helmreich u. B. Schick-Wien. (Kl. W., 1922, Nr. 34, S. 1691.) Die Hautreaktionslosigkeit wird wahrscheinlich spezifisch durch Diphtherietoxin bedingt und nicht durch Kachexie, da die Reaktionsfähigkeit vor dem Auftreten der Kachexie erlischt. Experimentell läßt sich dies am Meerschweinchen nachweisen, da dieses von der 24. Stunde ab nach Verabfolgung einer letalen Dosis nicht mehr oder wenig auf intrakutan verabfolgtes Diphtherietoxin reagiert. Beim Menschen zeigt sich diese Erscheinung dadurch, daß man bei Kindern mit schwerer septischer Diphtherie, bei denen sich im Blutserum keine Schutzkörper finden, mit der üblichen intrakutan verabfolgten Dosis Diphtherietoxin keine Reaktion hervorrufen kann.
E. Langer-Berlin.

Psoriasis.

Psoriasisbehandlung mit Mangan (Treatment of Psoriasis by Manganese), von J. Moore (Brit. m. J., 8. VII. 1922, S. 41.) Verf. berichtet über 33 Fälle von Psoriasis, die er mit ausgezeichnetem Erfolge mit intramuskulären Injektionen von Mangan behandelt hat. E. Sklarz-Berlin.

Die Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Thymusextrakt, von B. G. Gross-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 36, S. 1211.) Nach 8—14 Injektionen von Thymusextrakt (im ganzen etwa 20—30 g) sah Verf. gute Heilerfolge bei Fällen, die gegen jede andere Behandlungsmethode sich resistent verhielten. F. Harry-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die 3. Jahresversammlung der British Association of Dermatology and Syphilology findet am 10. und 11. Juli in Liverpool unter dem Vorsitze von Dr. Leslie Roberts statt. Themata: Über die Hautreaktionen (Referenten: H. G. Adamson-London, S. E. Dore-London); Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der WR (Referenten: Wilfrid Fox-London, F. Wilson-Liverpool).

Die Medical Society for the Study of Venereal Diseases hielt ihre diesjährige Versammlung am 25. Mai in London ab (Referenten: Sir Thomas Horder, Metastasen der Gonorrhoe; Sir William Willcox, Gonorrhoische Arthritis).

Prof. Salomon Ehrmann, welcher als Primararzt der nunmehr aufgelassenen II. Syphilisabteilung im allgemeinen Krankenhause in Wien in den Ruhestand tritt, erhielt den Titel Hofrat.

Gestorben: Dr. phil. Arthur Looss, gewesener Professor der Parasitologie an der Medical School in Kairo, zuletzt Honorarprofessor in Gießen, Entdecker der Einwanderung des Ankylostoma duodenale in die menschliche Haut;

Reg.-Rat Dr. Friedrich Woithe, Direktor am Deutschen Hygienemuseum in Dresden, Mitverfasser eines populären Werkes über die Geschlechtskrankheiten;

Prof. Heinrich Paschkis in Wien. R.

Berichtigung. In Nr. 13, S. 283, Z. 22 von oben (Beutl, Bedeutung der Plaut-Vincentschen Flora) soll es heißen: grampositive Stäbchen statt Gonokokkenstäbchen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.“) ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. Juni 1923 | Nr. 24 | Band 76

Aus der dermatologischen Abteilung des städt. Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Dr. A. Buschke).

Über lichen-ruber-ähnliche Salvarsanexantheme, Lichen ruber, lichenoide Disposition und einige Konstitutionstypen der Haut.

Von

Prof. Dr. A. Buschke und Dr. E. Sklarz, Oberarzt der Abteilung.

Um die Mitte des Jahres 1921 herum grenzten Buschke und Freymann (M. Kl., 1921, Nr. 30) aus der Fülle der Salvarsanexantheme eine bestimmte Gruppe ab, die sich durch ihre fest umrissene Symptomatologie als ein gesondertes Ganzes heraushob, und es war, als ob es nur dieses Anstoßes bedurft hätte, um von allen Seiten Bestätigungen zu erhalten. Schon in ihrer zweiten Arbeit (Derm. W., 1921, Bd. 73, Nr. 36) vermochten die Autoren auf die Veröffentlichungen von Rabut und Queyrat und auf Kleeberg hinzuweisen, der bereits in der Sitzung der Dermatologischen Gesellschaft vom 10. V. 1921 den Fall in zustimmendem Sinne herangezogen hatte, den er inzwischen veröffentlicht hatte. Zu etwa derselben Zeit stellte Erich Hoffmann in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde eine Patientin vor, die wegen sekundärer Lues eine kombinierte Kur von Salvarsannatrium und Quecksilber erhalten hatte, und bei der sich ¼ Jahr später ein lichenoides Exanthem mit Schleimhauterscheinungen entwickelt hatte. Die wiederum aufgenommene Behandlung mit Novasurol und Neosalvarsan führte nicht nur nicht zur Besserung, sondern sogar zur Verschlimmerung des Krankheitsbildes, das sich zum typischen Lichen ruber ausgestaltete, bei dem auch der histologische Befund für einen solchen sprach. Zehn weitere Salvarsaninjektionen änderten daran nichts.

Etwas Ähnliches beobachtete Naegeli, dessen Fall eigentlich den Autoren, die sich mit diesem Gebiet beschäftigt haben, entgangen zu sein scheint. Naegeli sah im Anschluß an eine kombinierte Kur einen Lichen ruber auftreten, der auch auf der Mundschleimhaut typische Erscheinungen aufwies und sich weiteren As-Medikamentionen gegenüber als vollkommen refraktär erwies. Schäfer demonstrierte in der Breslauer Dermatologischen Gesellschaft einen 32jähr. Mann, der nach 0,2 Hg und 4,2 Neosalvarsan eine Dermatitis exfoliativa und Hyperkeratosen an den Flachhänden, daneben auf der Wand der Wangenschleimhaut und auf der Zungenoberfläche ein außerordentlich an Lichen ruber erinnerndes Exanthem zeigte.

Digitized by Google

Keller berichtete dann über einen Fall von lichen-ruber-ähnlichem Salvarsanexanthem, das ein für Lichen ruber klinisch und histologisch so charakteristisches Bild bot, daß es, wie der Verf. selber bemerkt, als ein echter Lichen ruber hätte angesprochen werden können, wenn nicht die Genese im Verein mit den damals schon bekannten Fällen und der Arbeit von Buschke und Freymann auf die bestimmte Ätiologie hingewiesen hätte.

Ob der Ullmannsche Fall mit hanfkorngroßen, follikulär angeordneten Knötchen an den Unterarmen, am Nacken und vereinzelt am Stamm neben ausgedehnten Hyperkeratosen an den Flachhänden und Fußsohlen — in diese Gruppe gehört, läßt sich aus der Beschreibung nicht mit Sicherheit feststellen. Dasselbe gilt für den Grützschen Fall von hyperkeratotischem Salvarsanexanthem, den dieser auf der 9. Tagung der Nordwestdeutschen Dermatologischen Vereinigung demonstrierte.

Dagegen beobachteten Montpellier, Lacroix und Boutier nach Neosalvarsan einen nach ihrer Ansicht echten Lichen ruber planus, der nach der ersten Injektion auftrat und sich auf die folgenden Injektionen hin verschlimmerte, ein Fall also, der sich eng an die von Hoffmann und Naegeli anschließt, und der den Autoren deswegen besonders erwähnenswert erscheint, weil die sonst im allgemeinen beobachtete günstige Einwirkung des Salvarsans hier vollkommen versagte.

Weitere Fälle von lichen-ruber-ähnlichen Salvarsanexanthemen publizierten aus der Jadassohnschen Klinik Frei und Tachau, die zwei eigene Fälle und den bereits von Kleeberg veröffentlichten verwerteten. Der erste Fall betraf einen 66 Jahre alten Mann, bei dem sich im Anschluß an eine reine Neosalvarsankur ein Exanthem entwickelte, das zunächst den Eindruck einer Pityriasis rosea machte, sich aber im Verlauf eines knappen Vierteljahrs zu einem Krankheitsbild gestaltete, das bei Bestehen von gruppierten follikulären Keratosen, spinulöser Verhornung und umfangreicher tylotischer Keratosen an den Fußrändern klinisch und histologisch außerordentlich an Lichen ruber verrucosus bzw. Lichen ruber planus erinnerte. Der zweite Fall zeigte nach kombinierter Kur eine Dermatitis mit lichen-ruber-ähnlichen Erscheinungen und diffusen Hyperkeratosen der Flachhände und Fußsohlen. Bei dem dritten (Kleebergschen) Fall fanden sich typisch linsengroße polygonale Lichen-ruber-planus-Efflorescenzen in teilweise strichförmiger Anordnung an der rechten Hand. Bemerkenswerterweise traten später Lichenplaques auf der Lippenschleimhaut und am Zahnfleisch hinzu.

Schon vor Frei und Tachau hatte Wirz über zwei Fälle berichtet, die er als echten Lichen ruber ansah. Der erste trat akut im Verlauf einer Salvarsankur auf und besserte sich bei deren Fortsetzung, nur die typischen Schleimhauterscheinungen, die sich später einstellten, blieben auch bei einer folgenden Kur unbeeinflußt. Der zweite Fall betraf eine 44jähr. Frau, deren schon seit neun Jahren bestehender Lichen ruber während einer Linser-Kur ziemlich unverändert bestehen blieb. Später publizierte Wirz dann zwei Fälle von lichenoider Salvarsandermatitis, deren zweiter deswegen erwähnenswert ist, weil er mit Schleimhauterscheinungen einherging, und weil sich mehrere Kratzstellen perlschnurartig mit Knötchen besetzten. Das histologische Bild erwies, daß es sich nicht um einen echten Lichen ruber handele.

Digitized by Google

Einen weiteren Fall eines zunächst urtikariellen, dann lichen-ruber-ähnlichen Salvarsanexanthems nach 2,4 g Silbersalvarsan veröffentlichte Marenbach. Gleichzeitig fanden sich Schleimhauterscheinungen, die aber nicht das für derartige Affektionen typische Bild boten. Die Hauterscheinungen heilten in kurzer Zeit unter milder Lokal- und Röntgenbehandlung ab.

Ferner hat Mc Cafferty einen Fall von Lichen-ruber-planus-Ausbruch nach Anwendung von Arsphenamin gesehen. Bei einer 40jähr. Patientin entstand im Anschluß an die neunte Injektion ein Exanthem, das klinisch und histologisch von einem echten Lichen ruber planus nicht zu unterscheiden war, an den Streckseiten der Extremitäten follikuläre Keratosen und an den Flachhänden und Fußsohlen flächenhafte Keratosen aufwies, und das von dem Autor auf Grund der sonstigen zweifelsfreien As-Schädigungen (Dermatitis, Konjunktivitis, Stomatitis und Palma- und Plantakeratosen) als Arsenexanthem angesprochen wird.

Schließlich hat noch Sainz de Aja einen Fall von Arsen-Lichen im Verlaufe eines Lichen planus beschrieben. Bei diesem verschlimmerte sich ein bereits bestehender Lichen planus an der Haut und Schleimhaut unter Injektionen von Neosalvarsan, indem sich die Lichenknötchen vermehrten und frische, rote Herde mit feiner Schuppung auftraten.

Allen diesen Beobachtungen können wir selber noch eine neue hinzufügen. Es handelt sich um eine 20jähr. Patientin (G. B., 9921/1922), bei der nach der vierten Salvarsaninjektion eine follikuläre Reizung am Rumpf und an den Extremitäten auftrat. Das Exanthem breitete sich über den ganzen Körper aus, die Haut zeigte in ihrer Gesamtheit eine ausgedehnte Rötung und geringe teigige Schwellung. Die Follikel traten hauptsächlich an den Streckseiten der Extremitäten als stecknadelkopfgroße Erhebungen hervor. Besonders deutlich aber findet sich der lichen-ruber-ähnliche Charakter der Effloreszenzen in der Umgebung der Kniee und der Vorderseite der Ober- und Unterschenkel ausgeprägt. Es besteht starkes Jucken. Das histologische Bild — das sei nur kurz, da es in diesem Zusammenhange von geringerer Bedeutung ist, erwähnt — war trotz der klinischen Ähnlichkeit für einen Lichen ruber nicht besonders charakteristisch. Das Exanthem heilte allmählich mit starker allgemeiner Schuppung ab.

Ganz nebenbei sei hier darauf hingewiesen, daß in diesem wie in einigen anderen Fällen von Salvarsandermatitis dem Ausbruch des Exanthems eine Angina voranging. Gerade von amerikanischer Seite wird neuerdings der focal infection, z. B. auch der Tonsillen, eine besondere Bedeutung beigemessen (Stokes und Cathcart). Bemerkenswerterweise flackerte auch eine bereits abgeheilte Salvarsandermatitis bei einer anderen Patientin (M. H., 11500, 1921) prompt unter allerschwersten Erscheinungen wieder auf, nachdem eine follikuläre Angina hinzugetreten war. Dieser Fall verdient auch deswegen eine besondere Erwähnung, weil er analog denjenigen war, den Bruhns bzw. F. Rosenthal in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vom 20. VI. 1922 bzw. 14. XI. 1922 vorgestellt haben und entsprechend dem ersten Fall Freis und Tachaus und den Publikationen Mc Caffertys und anderer Autoren follikuläre Hyperkeratosen zeigte, wie wir selber auch einen

Digitized by Google

zweiten derartigen Fall (Pat. I. K., März 1919) auf der Abteilung hatten, dessen schwere Dermatitis mit leichter Verdickung der blaßrot bis bläulich verfärbten Oberhaut, leichter Chagrinierung und teilweise mit Hyperkeratosen abheilte, die an die Follikel gebunden waren und besonders gruppenweise zusammenstanden.

Überblicken wir die Literatur der sogenannten lichen-ruber-ähnlichen Salvarsanexantheme, so können wir feststellen, daß, abgesehen von dem einen Fall von Wirz, der schon einmal einen echten Lichen ruber planus gehabt hatte, und Sainz de Aja ein derartiges Exanthem in allen anderen durch Salvarsan erst provoziert worden ist. Alle übrigen Fälle weisen Erscheinungen auf, die entweder als Dermatitiden mit mehr oder weniger ausgeprägtem lichenoidem Einschlag oder vielleicht als echter Lichen ruber planus anzusprechen sind, und gerade die Fälle dieser letzten beiden Gruppen haben sich in der Zwischenzeit durch die neueren Publikationen als so zahlreich erwiesen, daß Wirzs Stellungnahme zu der Frage nicht als gerechtfertigt erscheint. Wirz wendet zunächst ein — was er freilich selber als nebensächlich bezeichnet — daß Salvarsan beim Lichen ruber planus wirkungslos sei. So richtig das für den Durchschnitt der Fall sein mag, so wenig beweisbar erscheint diese apodiktische Behauptung, mit der er gegen eine „homöopathische Entstehung" zu Felde zieht (Buschke und Freymann), wenn man die immerhin nicht allzu seltenen Fälle von Polland, Hodara und Behdjet, Diskussionsredner nach Williams und viele andere in Rechnung stellt, bei denen zweifellos Erfolge durch Salvarsantherapie erzielt worden sind. Ferner hat wohl a priori — unsere spätere Stellungnahme vorbehalten — zunächst niemand daran gedacht, Lichen ruber planus und lichenoide Exantheme zu identifizieren.

Die Kernfrage ist unserer Meinung nach ganz anders. Es besteht die unumstößliche Tatsache, daß einerseits im Verlaufe der Salvarsantherapie Exantheme auftreten können, bei denen lichen-ruber-ähnliche Effloreszenzen im Vordergrunde stehen, und andererseits haben sich die Fälle gehäuft, bei denen ein scheinbar echter Lichen ruber planus während der Behandlung mit Salvarsanpräparaten erstmalig aufgetreten ist.

Von besonderer Bedeutung erscheint uns in diesem Zusammenhange der Hoffmannsche Fall, bei dem sich ein lichenoides Exanthem zu typischem Lichen ruber fortentwickelte. Ferner die Fälle, bei denen sich ein solches von vornherein ausbildete. Der Hoffmannsche Fall bildet gewissermaßen die Brücke zu dem, was man ohne Lues und ohne Salvarsantherapie nicht gerade selten beim Lichen ruber planus beobachtet, nämlich die Vergesellschaftung des Lichen ruber planus mit anderen Lichenaffektionen. Es sei hier nur daran erinnert, daß z. B. Welander neben einem Lichen ruber planus eine Neurodermitis circumscripta sah. Ähnliches berichten Tenneson, Wolff und Pringle, und Jadassohn veröffentlicht im fünften Abschnitt seiner Beiträge zur Kenntnis des Lichen ruber den Fall eines Patienten, bei dem sich ein typischer Lichen ruber entwickelte, nachdem bereits 19 Jahre lang am Skrotum eine ausgesprochene Neurodermitis circumscripta bestanden hatte. Hodara und Behdjet sprechen von ekzematiformen und neurodermitischen Plaques, die nicht als Lichenplaques hätten diagnostiziert werden können,

Digitized by Google

wenn sie nicht von typischen Lichen-ruber-Effloreszenzen umgeben gewesen wären. Als letztes Beispiel sei noch der erste Fall Pollands angeführt, der bei der Aufnahme den Eindruck eines chronischen Ekzems mit Hautverdickung und Licheninfikation machte, allmählich aber immer mehr das typische Aussehen eines Lichen ruber planus annahm. Vergegenwärtigt man sich noch, daß in so und so vielen doch gewiß sehr zahlreichen Fällen lichenoide Effloreszenzen bei Lues vorkommen, ohne daß man von einem echten Lichen ruber sprechen kann, Effloreszenzen, die jenem so ähnlich sind, daß die Differentialdiagnose schwer wird, ja, daß Vilas-Bois sogar einen Lichen ruber, der bei einem kongenital syphilitischen Kinde auftrat und auf Hg-Behandlung hin schwand, als Zeichen der Lues ansah, vergegenwärtigt man sich also diese Gruppe (Lichen ruber bzw. lichen-ruber-ähnliche Erscheinungen nach Salvarsantherapie, ohne Lues mit anderen Lichenaffektionen verknüpft, als spezifisch syphilitische Erscheinung), so drängt sich unwillkürlich der Gedanke auf, daß die Wirzsche Deduktion abwegig und daß es sich bei der Klärung der Frage der lichenoiden Exantheme um etwas ganz anderes handelt, nämlich darum, den Beweis zu liefern, daß wohl diese Erscheinungen Äußerungen einer zu Lichen disponierten Haut auf einen Reiz hin seien.

Daß die Haut auch sonst auf Reize häufig im Sinne einer bestimmten Disposition antwortet, ist bekannt. Ein Luetiker mit Seborrhoe bekommt oft klinisch ein anderes Exanthem als ein Psoriatiker. Ekzematiker reagieren oft mit Ekzemen auf Traumen und Ernährungsstörungen ebenso wie auf psychische Erregungen; auf Traumen antwortet die Haut des Psoriatikers mit neuen Psoriasisherden, diejenige des Lichenikers mit Lichen-ruber-Effloreszenzen.

Die französische Schule hat von jeher die Disposition des Individiums in den Vordergrund gestellt, wenn es sonst auch nicht gerechtfertigt erscheint, daß sie die Neuropathen als solche vor allem als zu Lichen ruber prädisponiert erachtet, und wenn wir daher auch ferner im strikten Sinne die Meinung Brocqs nicht anerkennen können, daß ein Lichen ruber sich hauptsächlich im Gefolge heftiger Erregungen, Kummer, seelischer Erschütterungen ausbilde. Daß das vielfach der Fall ist, spricht nur für die enge Verknüpfung des Nervensystems mit der Haut. Diese nervöse Grundlage findet sich wie gesagt in häufigen Fällen. Um nur Einiges herauszugreifen, sei an die Publikationen von Hutchins, Eldows, Kiess, Greenbaum, Vittone und Feulard, Stowers, Ledermann, Bettmann und Galewsky erinnert. Jadassohn selber und seine Schüler halten noch an der infektiösen Genese des Lichen ruber fest und nehmen nur als Grundlage eine Bereitschaft der Haut an, die vorhanden sein muß, damit der in Frage kommende Parasit sich als Lichen ruber produzierend erweisen kann. Ein Beweis für die Infektiosität des Lichen ruber ist bisher nicht erbracht. Deutlichst kann eine Lichen-ruber-Attacke einen Hinweis auf ihre Genese enthalten.

Es besteht die Tatsache, daß erstens auf die verschiedenartigsten Traumen hin ein Lichen ruber entstehen kann, und daß zweitens der typische Infektionsmodus nur in wenigen Fällen überhaupt in Betracht zu ziehen ist.

Digitized by Google

Ad 1. Wohl bei keiner anderen Erkrankung als vielleicht noch bei der Psoriasis und beim Ekzem spielt das Trauma in jeglicher Form für die Auslösung des Prozesses eine so große Rolle wie beim Lichen ruber.

Die häufige nervöse Disposition der Betroffenen haben wir schon kurz gestreift. Lassen wir diese als solche beiseite und ziehen nur das psychische Trauma heran, so bleibt eine Reihe von Fällen bestehen, bei denen eine starke seelische Erschütterung dem Ausbruch eines Lichen ruber vorangegangen ist. Vittone sah bei einem 6jähr. Kind einen Lichen ruber planus bandiforme im Anschluß an einen nervösen Anfall mit Dyspnoe und Zyanose auftreten. Feulards 9jähr. Mädchen hatte kurz vor Erscheinen des Lichen ruber, der symmetrisch und in linearer Anordnung auftrat, einen schweren Nervenchok erlitten, im Anschluß an einen beobachteten Selbstmordversuch nun selbst einen derartigen unternommen. Welander bringt seinen Fall von Lichen ruber, der mit Vitiligo und Neurodermitis verknüpft war, in Zusammenhang mit einem Schiffsunfall, und Riecke zitiert für Lichen-ruber-Fälle nach Chokwirkung Russel und Vidal, Metscherski, Stowers, Morris, C. Fox, Smith u. a.

Neben dem psychischen spielt das viszerale Trauma eine Rolle. Der Fall Mayers, bei dem ein Lichen ruber sich bei einem $^3/_4$jähr. Kinde zwei Monate nach einem Magendarmkatarrh entwickelte, ist nicht eben beweisend; mehr schon das 12jähr. Mädchen, von dem Schütz berichtet, daß der Lichen ruber sich unmittelbar an einen außerordentlich heftigen Darmkatarrh angeschlossen hatte. Schütz will in einem Fünftel seiner Fälle prodromale gastrointestinale Erscheinungen beobachtet haben. Besondere Erörterung aber verdienen die zwei Fälle Whitestones, der Lichen ruber bei Verschluß der Gallenwege durch Gallensteine auftreten und bald nach deren Operation wieder verschwinden sah, einen Vorgang, den Highmann in Beziehung zum Cholesterinstoffwechsel setzte. Mit „Herdinfektionen" bringt Roberts im Hinblick auf Tonsillenerkrankung den Lichen ruber planus in Beziehung, mit einer Anämie Leiner, und Payneville und Trotabas erwähnen das Verschwinden eines ausgedehnten Lichen ruber planus unmittelbar im Anschluß an eine Diphtherie, derentwegen allerdings auch eine Seruminjektion vorgenommen worden war. Nach großer Anstrengung trat bei zwei Patienten Galewskys die Infektion in Erscheinung, „Erkältungen" sind nicht allzu selten erwähnt.

Was die rein lokal auslösenden Faktoren anbetrifft, so findet sich die Ansicht Lassars, daß der Lichen ruber an der Haut mit Vorliebe durch den Kontakt mit Leder auftritt, u. a. von Bettmann bestätigt, der das Leiden bandförmig unter einem Bruchband entstehen sah. Galewsky erwähnt einen ähnlichen Fall und sah außerdem einen Lichen ruber planus verstreut am Körper, besonders dicht gedrängte Effloreszenzen aber als viereckiger Fleck auf der Brust unter einem ledernen Brustbeutel. Derselbe Autor berichtet auch über das Auftreten von Lichen ruber planus im Anschluß an die Pockenimpfung und auf Schußnarben bei einem Soldaten, wie Thamm einen ähnlichen Fall bereits früher publiziert hat. Bettmann sah einen Fall bei Skabies, bei dem es aber nicht ganz sicher ist, ob es sich um einen wirklichen ätiologischen Zu-

Digitized by Google

sammenhang handelt, Hallopeau und Trastour einen Fall nach Impetigo, und Galewsky wiederum beschreibt einen Lichen-ruber-Patienten, der bei ihm mit zwei Attacken in Behandlung war. Das eine Mal war die Krankheit fast ausschließlich auf den Rücken lokalisiert, den der Patient bei Sonnenbädern in Bauchlage vor allem der Sonne ausgesetzt hatte, das andere Mal an beiden Unterarmen haarscharf bis zur Ärmelgrenze im Bereich der wiederum der Sonnenwirkung ausgesetzten Hautstellen während der Kartoffelernte. Hallopeau schließlich beschreibt als besondere Form den Lichen planus en cravatte, der sich an den Stellen am Halse gebildet hatte, an denen der Kragen gedrückt hatte.

Die Gesamtheit aller dieser kasuistischen Mitteilungen, die sich nach Belieben vermehren ließen, zeigen, wie mannigfaltig die auslösenden Ursachen sein können und spricht, wenn sie auch nicht absolut beweisend ist, doch mehr gegen als für eine Infektiosität des Lichen ruber planus. Denn es heißt dem Gedanken Gewalt antun, wenn man annimmt, daß alle diese Faktoren noch eines spezifischen Erregers bedürfen, daß sie gewissermaßen erst das Terrain vorbereiten sollen, auf dem jener zur Wirkung gelangt. Durchaus beweisend für eine Infektion wäre die Übertragung von Lichen ruber planus bei eng aneinanderliegenden Personen, und damit kommen wir zum zweiten Punkt.

(Schluß folgt.)

Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg.

Zur Wismuttherapie der Syphilis[1]).

Von

Prof. G. Giemsa.

Mit meinem Kollegen Dr. Weise habe ich mich längere Zeit ziemlich eingehend mit der Chemotherapie des Wismuts beschäftigt, und ich möchte Ihnen heute ganz kurz über einige hierbei gemachte Erfahrungen berichten, die auch in klinischer Hinsicht von Interesse sind.

Es war uns bei diesen Studien in erster Linie um die Klärung der wichtigen Frage zu tun, ob die von P. Ehrlich für die chemotherapeutischen Arbeiten mit Arsen und anderen stark wirkenden Radikalen aufgestellten Prinzipien auch für Wismut gelten, d. h. ob zu erwarten war, daß man durch zweckmäßige Verankerung des Wismuts an bestimmte organische Komplexe die organotropen Eigenschaften des Metalles zugunsten der parasitotropen zurückdrängen kann. Nach der bisher, und zwar namentlich in Frankreich geübten Wismuttherapie, bei der die heterogensten Bi-Präparate (vom feinst verteilten metallischen Wismut bis zu komplexen organischen Verbindungen) benutzt wurden, die durchweg eine Wirkung auf die Pallida erkennen ließen, konnte man nämlich fast zu dem Glauben gelangen, daß diese Frage zu verneinen ist.

[1]) Diskussionsbemerkungen in der Sitzung der Vereinigung Nordwestdeutscher Dermatologen in Altona a. E. am 25. Jan. 1923, vgl. Derm. W., Nr. 16.

Digitized by Google

Wir haben zu diesem Zwecke verschiedenste organische Wismutpräparate hergestellt und sie auf Toxizität und auf ihre Heilwirkung beim Syphiliskaninchen geprüft. Um möglichst eindeutige Resultate zu erhalten, operierten wir ausschließlich mit wässerigen Lösungen. Hierbei stellte sich nun heraus, daß das Verhältnis von Organotropie zur Parasitotropie, d. h. der chemotherapeutische Index, ebenso wie bei den As- und Sb-Präparaten, in hohem Grade von der Art der Bindung des Metalles abhängig ist. So hat es sich gezeigt, daß einige Präparate, in denen das Metall in verschiedener Weise mit ein und derselben, an sich physiologisch völlig indifferenten organischen Verbindung verkettet war, toxikologisch und pharmakologisch ganz verschiedene Werte ergaben. Die Unterschiede bezüglich der Organgiftigkeit waren hier so sehr ausgesprochen, daß beispielsweise eine Maus (bei subkutaner Behandlung) nur einen Teil Wismut in Form des einen Präparates vertrug, 68 Teile dagegen, wenn es in Form eines anderen gegeben wurde.

Bei intravenöser Einführung (Kaninchenversuch) waren die Unterschiede zwar nicht ganz so stark ausgeprägt — in dem einen Falle wurde etwa die fünffache Menge Bi vertragen als in dem anderen —, dafür waren aber diese Versuche um so eindeutiger, weil es sich hier um die direkte Einführung in die Blutbahn handelte und Verzögerungen in der Resorption, wie sie bei der subkutanen Behandlung infolge Depotbildung in Frage kommen, von vornherein fortfielen.

Wir konnten ferner beobachten, daß mit der Verminderung der Giftigkeit gegenüber den Organzellen zwar auch eine solche gegenüber den Syphiliserregern einherging, daß diese jedoch bei weitem nicht den Grad der ersteren erreichte, so daß also ein besserer chemotherapeutischer Index erzielt wurde. So ergab die ungünstigste Verbindung bei subkutaner Verwendung im Kaninchenversuch einen Index C : T = 1 : 4, die günstigste einen solchen von 1 : 35 bis 1 : 45.

Auch eine weitere von uns gemachte Beobachtung verdient hervorgehoben zu werden. Bekanntlich wirken die meisten Wismutpräparate bei intravenöser Verabreichung um das vielfache giftiger als bei subkutaner oder intramuskulärer, weshalb von der intravenösen Verwendung dieser Präparate im allgemeinen sehr abgeraten wurde. Wir konnten nun feststellen, daß das vorher erwähnte optimale Präparat bei intravenöser Verabreichung jedoch auch auf die Pallida ganz erheblich toxischer wirkt als bei subkutaner, so daß auch hierbei annähernd der gleiche Index (etwa 1 : 35) resultierte. Somit dürften sich Aussichten bieten, bestimmte Bi-Präparate nunmehr auch klinisch mit Erfolg intravenös zu verwenden.

Wir haben es für geboten gehalten, zu solchen Versuchen mit dem optimalen Präparat, das wir vorläufig mit „Bi 5“ bezeichnen, anzuregen, um so mehr, als der genannte überaus günstige Index bisher noch von keinem antiluetischen Mittel erreicht worden ist. Diese Versuche, über welche heute von anderer Seite berichtet werden soll und bei denen zunächst wässerige Lösungen des Präparates intravenös und intramuskulär angewandt wurden, sind freilich nur als erste Vorversuche zu betrachten, denn in Anbetracht der für Menschen noch nicht sichergestellten Maximaldosen konnte bisher nur mit kleinen Gaben operiert werden. Unter

Digitized by Google

Umständen wird es sich vielleicht als notwendig erweisen, das Präparat unter Vermeidung tieferer chemischer Eingriffe noch ein wenig zu modifizieren, damit es allen klinischen Anforderungen möglichst gerecht wird, wobei es nicht ausgeschlossen ist, daß für die intramuskuläre Behandlung auch ölige Suspensionen in Betracht gezogen werden, die unschwer darstellbar sind.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

The Urologic and Cutaneous Review.

Januar 1923, Bd. 27, Nr. 1.

Nekrolagnie als Erscheinungsform eines Geisteszustandes (Necrolagny as a Phase of Mentality), von J. G. Kiernan-Chicago, Ill. S. 1. Die Bezeichnung Nekrolagnie ist der sonst gebräuchlichen Nekrophilie vorzuziehen. Beispiele für geschlechtliche Erregung durch Todesfälle, Darstellungen von Martyrien, Hinrichtungen sind schon von alters her bekannt.

Fall von Syphilis der Blase (A Case of Syphilis of the Bladder), von R. Picker-Budapest. S. 3. Mann von 35 Jahren mit früherem Tripper und Syphilis klagt über häufiges Urinieren mit Brennen in der Harnröhre, Harn in drei Gläsern trübe. Die zystoskopische Untersuchung zeigte livide gefärbte Schwellungen und scharf begrenzte erbsengroße Nekrosen. Die Diagnose einer gummösen Erkrankung wurde durch das schnelle Zurückgehen der Erscheinungen unter KJ bestätigt. Die in den meisten Fällen von Blasensyphilis beobachtete Hämaturie fehlte hier ebenso wie in einem früheren Falle. Charakteristisch sind die steilen, scharf begrenzten Substanzverluste.

Ein neuer einfacher Katheter für den Urologen (A New and Simple Catheter for the Urologist), von W. B. Tatum-Brooklyn, NY. S. 8. Einfacher Nelatonkatheter mit mehrfachen seitlichen Perforationen und einer Vorrichtung zum Festhalten in der Harnröhre.

Beitrag zur Frage der Behandlung der Psoriasis (Contribution to the Question of the Treatment of Psoriasis), von H. E. Ahlswede und W. Busch-Hamburg. Jeder Fall ausgebreiteter Psoriasis muß individuell behandelt werden. Es wird die Aufmerksamkeit auf eine Kombination der Nourneyschen Methode mit Chinin gelenkt. Entnahme von 2 ccm Blut aus der Vene des Patienten und unmittelbar darauf folgende Wiedereinspritzung desselben subkutan oder intramuskulär. Danach jeden dritten Tag Einspritzung von 1 ccm einer 10%igen Lösung von Chinin. bisulfur. Gleichzeitig Behandlung der Psoriasiseffloreszenzen mit Hochfrequenzstrom bis zur leichten Hyperämie. An Stelle des Patientenblutes, das jedoch die stärkste Wirkung auszuüben scheint, können auch andere Proteinkörper, besonders Milchpräparate, angewendet werden. Der Anwendung des Chinins liegt die Vorstellung der Abtötung des hypothetischen Erregers der Psoriasis zugrunde.

Die Wismutsalze bei der Behandlung der Syphilis (The Sales of Bismuth in the Treatment of Syphilis), von René Villemin-Nizza. S. 11. Die Wirksamkeit der Wismutsalze ist unbestreitbar. Für die Syphilis des Nervensystems könnten sie als Mittel der Wahl gelten, wenn es sich bestätigte, daß sie befähigt sind, die Meningen zu durchdringen, was bei dem Arsen nicht der Fall ist. Mit Rücksicht auf ihre langsame Elimination müssen noch die Gefahren der Akkumulation bei längerer Anwendung in Erwägung gezogen werden.

Syphilisreinfektion (A Second Infection with Syphilis), von Edward C. Gager-St. Paul, Minn. S. 13. Erste Infektion Februar 1921. Drei Geschwüre am Penis, davon zwei wie Ulcera mollia aussehend, eins an der Vorhaut, typisches Ulcus durum

Digitized by Google

mit positivem Spirochätenbefund; WR negativ. Bis November 1921 fast andauernde Behandlung abwechselnd mit Salvarsan, Schmierkur, Einspritzungen von Merkurosal. WR regelmäßig, zuletzt Mai 1922 negativ. November 1922 typischer Primäraffekt mit Spirochäten im Sulkus, makulo-papulöses Exanthem, WR positiv. Koitus Anfang September.

Februar 1923, Bd. 27, Nr. 2.

Die Schutzheiligen der Syphilis und die Wallfahrt von Syphilitikern (The Patron Saints of Syphilis and the Pilgrimage of Syphilitics), von A. Martin-Bad Nauheim. S. 69. Im Gegensatz zu Virchow, der in dem von Hans Holbein für den Altar der heiligen Katharine in Ausgsburg gemalten Bilde der heiligen Elisabeth Lepra entdeckt und die Diagnose der Syphilis abgelehnt hatte, weil die Darstellung dieser auf einem Altarbilde eine große Taktlosigkeit gewesen wäre, wird aus verschiedenen Äußerungen der damaligen Zeit geschlossen, daß man zunächst die Syphilis gar nicht vorwiegend mit dem Geschlechtsverkehr in Verbindung brachte, daß sie also nicht eine Schande für den von ihr Befallenen darstellte. Verf. produziert eine Reihe von Gemälden, aus denen geschlossen werden kann, daß Heilige mit Recht als Schutzheilige der Syphilis in Anspruch genommen werden (St. Quirinus, St. Anna, St. Hiob, St. Minus, St. Dionysius, St. Fiacrius). Wallfahrten von Syphlilitikern fanden statt zur Mutter Gottes von Dettelbach (am Main) und von Grimmenthal (im Thüringer Wald).

Menschliche Bisexualität (Human Bisexuality), von J. G. Kiernan-Chicago, Ill. S. 95. Ausgehend von der Anschauung, daß die niederen Tiere bisexuell sind, wird die Homosexualität als ein Zurückgehen auf die hermaphroditische Form des Tierlebens aufgefaßt. Die normale menschliche Bisexualität betätigt sich jedoch nicht, sondern bleibt latent.

Ein durch Tonsillektomie geheilter Fall von Staphylokokkenausscheidung durch die Harnwege (A Case of Staphylococcus Excretion through the Urinary Organs Cured by Tonsillectomy), von R. Picker-Budapest. S. 83. Staphylokokkeninfektion der Harnwege zeigt sich entweder im mikroskopischen Präparat (Unterscheidung von Gonokokken oft nur durch Gramsche Färbung möglich) oder als Phosphaturie ohne andere Symptome, durch abwechselnd klaren und phosphatischen Harn mit Absonderung weißer, kleiner, sandförmiger Körnchen, oder durch wolkigen, reichlich Eiter enthaltenden phosphatischen Urin mit Tenesmus beim Harnlassen und Brennen in der Harnröhre. Alle diese Formen sind gewöhnlich sehr hartnäckig, und die üblichen Behandlungsformen führen häufig keine Besserung herbei. In Fällen, in denen Verf. die Ursache dafür in Erkrankungen der oberen Harnwege (Konkretionen in der Niere und regelmäßig Organismen im Nierenbecken) fand, führte deren Behandlung dann bald zur Heilung. Wenn in Fällen, in denen sich keine Steine in der Niere und keine Retention im Nierenbecken findet, die Lokalbehandlung erfolglos bleibt, muß die Ursache in Infektionen in entfernteren Teilen des Organismus gesucht werden (Darminfektion, Furunkel, Tonsillitis). In einem ohne Besserung mit zahlreichen Spülungen des Nierenbeckens behandelten Falle trat nach doppelseitiger Tonsillektomie Heilung ein. In gleichem Sinne werden zwei andere Fälle von Heilung nach Schwinden von Furunkeln und Halsentzündung verwertet.

Granuloma inguinale (Ulcerating Granuloma — Granuloma inguinale), von H. Goodman-New York. S. 86. Überblick über Klinik, Ätiologie, pathologische Anatomie und Behandlung der Krankheit, die früher fälschlich für eine rein tropische gehalten wurde, unter Wiedergabe von 31 Photogrammen, die zum Teil nicht eben auf der Höhe stehen. Behandlung: Tartarus stibiatus, Kalium-Antimon-Tartrat in 1%iger Lösung, alle zwei Tage 2—32 ccm bis über das Schwinden der Erscheinungen hinaus. Die Übertragung geschieht wahrscheinlich direkt durch den Geschlechtsverkehr, doch ist auch eine Verbreitung durch Insekten und Parasiten wie Pediculi pubis nicht ausgeschlossen.

Die Behandlung der Syphilis mit Wismut (The Treatment of Syphilis with Bismuth), von Edward Ahlswede-Hamburg. S. 92. Im wesentlichen Bericht über die in den Arbeiten von Desplaers und H. Müller niedergelegten Erfahrungen. Verf. selbst behandelte Fälle von Syphilis des Nervensystems mit guten Erfolgen in kurzer Zeit. Kombination mit Jod wird empfohlen, jedoch nicht mit Quecksilber, die Frage der Kombination mit Salvarsan muß zur Zeit noch offengelassen werden.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

Sitzung vom 15. Juni 1922.

H. C. Semon: **Zwei Fälle von Nageltrichophytie bei Schwestern** (Two Cases of Ringworm of the Nails in Sisters). Die Affektion ist infektiöser, als im allgemeinen angenommen wird.

George Pernet: **Fall von annulärem Lichen planus mit Atrophie und einer Primäreffloreszenz** (Case of Lichen Planus Annulatus, with Atrophie and a Herald Patch). Zahlreiche ringförmige Effloreszenzen, die größeren im Zentrum deprimiert und atrophisch. Außerdem vereinzelte typische Lichenpapeln.

Haldin Davis: **Fall von Epidermolysis bullosa.** Milder Fall. Besserung nach Chinin.

J. Jackson Clarke: **Über Molluscum contagiosum** (A Note on Molluscum Contagiosum). Auf Grund von Kulturversuchen wird das Molluskumkörperchen als Parasit angesprochen und ihm die Bezeichnung Plassomyxa contagiosa beigelegt. Mikroskopisch zeigte sich ein Entwicklungsgang in einer Reihe vitaler Veränderungen: Protoplasmaströmung; Bildung eines Stützwerkes und einer Schutzhülle; Bildung von Lerchenblumen-Körperchen; Vakuolenbildung mit Oszillation der Granula; Bildung aktiv beweglicher Flagellaten und Spirillenkörpern.

Sitzung vom 20. Juli 1922.

H. C. Semon (für J. B. Christopherson): **Fall von Hautleishmaniasis** (Case of Leishmaniasis of the Skin). Die Erkrankung hatte in Bagdad nach einem Fliegenstich mit einem Geschwür an der linken Backe begonnen, später waren Knötchen aufgetreten. Nicht ganz typische Parasiten nachgewiesen. In der Besprechung wird die Möglichkeit eines Lupus vulgaris erwogen.

H. Mac Cormac: **Zwei Fälle von chronischem Erythem der Beine** (Two Cases of Chronic Erytheme of the Legs). Es ist in letzter Zeit eine auffallende Zunahme derartiger Fälle beobachtet worden.

E. G. Graham Little: **Fall von Parapsoriasis.**

W. Knowsley Sibley: **Fall zur Diagnose (Leucaemia cutis?).** 41jähr. Mann. Zunächst trat fast am ganzen Körper eine makulöse Eruption ähnlich einem sekundären Syphilid auf. WR negativ auch nach Provokation. Diese schwand, nach einiger Zeit in gleicher Ausbreitung papulöse, stellenweise knötchenförmige Eruption, zum Teil eigentümlich purpurfarben, auch Erscheinungen im Munde. Drüsen allenthalben stark geschwollen, hart, isoliert. Zeitweise geringe Temperatursteigerungen. Leber stark vergrößert, ebenso in geringerem Grade die Milz. Klinisch gleicht der Fall der Hodginschen Krankheit, doch fehlt das für diese charakteristische Jucken.

H. C. Semon: **Fall zur Diagnose.**

E. G. Graham Little: **Fall von Acne agminata.**

H. Mac Cormac: **Fall von Acne agminata.**

Wilfrid Fox: **Fall von Syphilis bei einem Manne.** Erörterung der Frage, ob eine frische Infektion oder ein Chancre redux bei einer alten Infektion vorliegt.

M. G. Nannay und James Galloway: **Schuppendes Erythem in Verbindung mit arthritischen Veränderungen** (Desquamative Erythema associated with Arthritic Changes). Psoriasiforme Dermatose, stellenweise atrophische Effloreszenzen an Sklerodermie erinnernd. Möglicherweise liegt eine Kombination vor. Die Beziehung der Gelenkaffektion zu den Hauterscheinungen ist nicht ganz klar.

S. E. Dore: **Fall von Lichen planus und Syphilis.** Bei einem Syphilitiker war nach der letzten Salvarsaneinspritzung eine Eruption aufgetreten, die zuerst etwas einer Pityriasis rosea ähnelte, später typischer Lichen planus war.

S. E. Dore: **Fall von Parakeratosis variegata bei einem 60jähr. Manne.**

S. E. Dore: **Fall von atrophischem Lichen planus bei einer 40jähr. Frau** (Case of Atrophic Lichen Planus in a Woman, aged 40). Interessant ist die Ähnlichkeit mit Morphoea guttata. Einige typische Lichen-planus-Papeln.

J. H. Sequeira: **Folgen der Trepolbehandlung** (Case Showing Results of Treatment by Trepol). Starke Pigmentierungen der Mundschleimhaut.

William Dyson: **Fall von lymphoblastischer Erythrodermie** (Case of Lymphoblastic Erythrodermia). Allgemeines Erythem, Haut leicht geschwollen, ödematös.

Digitized by Google

Keine Desquamation. Lymphdrüsen in den Leisten und Achselhöhlen haselnußgroß, distinkt geschwollen, Leber und Milz normal. Mikroskopisch an der Haut nur die gewöhnlichen Zeichen der Entzündung.

Sitzung vom 19. Oktober 1922.

J. H. Sequeira: **Zwei Fälle von multiplen Karzinomen** (Two Cases of Multiple Carcinoma). Auf Grund der Vorstellung wird besonders die Frage angeregt, ob die Bowensche Krankheit als eine klinische Einheit oder nur als eine der verschiedenen, in Fällen multipler Hautkarzinome anzutreffenden präkanzerösen und kanzerösen Zustände zu betrachten ist.

H. G. Adams: **Fall von multiplem oberflächlichem Ulcus rodens, möglicherweise embryonalen Ursprungs von Schweißdrüsengängen** (Case of Multiple Superficial Rodent Ulcer; Possible Embryonic Sweat-duct Origin). Es handelt sich um Tumoren, die von der Basalzellenschicht der Epidermis ihren Ursprung nehmen, und zwar von einer Anlage aus der Zeit, in der der Schweißdrüsenapparat beim Embryo sich entwickeln soll, die später jedoch die Fähigkeit zur Differenzierung verliert und nur die zur Proliferation behält.

George Pernet: **Fall von gleichzeitigem Lupus erythematosus und Lichen planus** (Case of Lupus Erythematosus associated with Lichen Planus). Beide Prozesse bestehen seit 7 Jahren und sind einseitig. 3 Flecke von Lichen erythematosus an der linken Seite des Gesichts, Lichen planus verrucosus am rechten Bein.

Hugh S. Stannus: **Fall von Pellagra (?).** Nach einem Aufenthalte in West-Afrika waren bei starker Sonnenbestrahlung an den unbedeckten Körperteilen erst blasige, dann schuppende Effloreszenzen aufgetreten. Leukoplakie-ähnliche Herde an Zunge und Mundwinkeln, die für die Diagnose von Bedeutung sind.

A. Whitfield: **Photographien von Demodex bei Impetigo** (Photographs of Demodex Impetigo). Die Photographien stammen von einem Kinde von 15 Monaten, bei dem der Nachweis eine größere ätiologische Bedeutung hat, als die bisherigen Befunde bei älteren Personen, in deren Haut Demodex auch sonst vorkommt.

Haldin Davis: **Fall von Sklerodermie.** Diffuse Ausbreitung. Ätiologisch kommt Resorption septischer Stoffe infolge eines längere Zeit ohne Wechseln getragenen Pessars in Betracht.

Haldin Davis: **Fall von Angiokeratom.** Zahlreiche Effloreszenzen an allen Fingern.

J. H. Sequeira: **Fall von Xanthoma diabeticorum.** Der Cholesteringehalt des Blutes war etwas geringer als normal.

Louis Savatard: **Epithelioma adenoides cysticum.** Übersicht über die Literatur der zuerst von Brooke 1891 beschriebenen Fälle. Vorstellung mehrerer Fälle, darunter einer der ursprünglichen von Brooke. Die Tumoren sind offenbar embryonalen Ursprungs, gehören zu den Nävi.

Sitzung vom 16. November 1922.

W. Jenkins Oliver: **Fall zur Diagnose.** An Rücken und Schulter 5 schuppende, leicht erythematöse rundliche Effloreszenzen. Möglicherweise frühes Stadium der Sklerodermie.

J. B. Christopherson: **Leishmaniosis der Haut, einem Lupus vulgaris ähnelnd** (Leishmaniosis of the Skin resembling Lupus vulgaris). Gegen letzteren spricht wesentliche Besserung nach intravenösen Einspritzungen von Tartarus stibiatus. In der Besprechung wird eine sekundäre Infektion mit Tuberkulose für möglich gehalten.

E. G. Graham Little: **Fall von Folliculitis decalvans.** Die Berechtigung, aus dieser, der Brocqschen Pseudopelade gleichenden Form (sehr geringgradige aktive Follikulitis, perifollikulärer Ring um einige Haare herum) einen besonderen Typus zu machen, erscheint fraglich.

F. G. Graham Little: **Zwei Fälle von Favus der unbehaarten Haut** (Two Cases of Favus of Smooth Skin). Behandlung mit Boraxsalbe.

H. W. Barber: **Fall von Darierscher Krankheit.**

W. J. O'Donovan: **Schuppenzellenkrebs des Gesichts bei einer Frau von 24 Jahren** (Squameous Carcinoma of Face in a Woman aged 24.) In dem mikroskopischen Befunde ist auffallend, daß es sich nicht, wie gewöhnlich in diesen Fällen, um Basalzellenkrebs handelt.

Digitized by Google

H. C. Semon: **Fall von Adenoma sebaceum.**

W. F. R. Castle: **Fall von Epidermolysis bullosa.** Mutter und Kind. Ein beigegebener Stammbaum zeigt, daß außerdem von 7 Geschwistern der Mutter 5 und ebenso ihr Vater an derselben Krankheit litten. Die beiden gesunden Geschwister sind verheiratet und haben gesunde Kinder.

Sitzung vom 21. Dezember 1922.

J. H. Sequeira: **Fall von Blaseneruption** (Case of Bullous Eruption). Gruppenweises Auftreten von Blasen bei einem $3^1/_2$jähr. Knaben. Man kann verschiedener Ansicht darüber sein, ob der Fall als Pemphigus oder als Dermatitis herpetiformis zu bezeichnen ist, doch ist dies nur eine Frage der Nomenklatur.

H. G. Adamson: **Fall zur Diagnose.** Im Gesicht und anderwärts tiefrote, mahagonifarbene Plaques. Der von verschiedenen Ärzten gesehene Fall war als Lupus vulgaris, Lupus erythematosus, oberflächliches Ulcus rodens oder Basalzellenepitheliom aufgefaßt worden. Adamson selbst hielt ihn für Lepra; die Untersuchung auf Bazillen fiel negativ aus, der histologische Befund spricht für Xanthom.

S. E. Dore: **Fall zur Diagnose.** Mädchen von 18 Jahren zeigt Schwellung der rechten Brust, wodurch sie breiter als die linke erscheint. Die Haut ist durch Atrophie gerunzelt und zeigt zahlreiche bräunliche Infiltrationen in horizontaler Richtung gruppiert mit kleinen, leicht erhabenen papulösen Effloreszenzen an der Oberfläche. Es könnte sich um Striae atrophicae cutis handeln.

G. Petit: **Zirkumskriptes Lymphangiom der Zunge** (Lymphangioma Circumscriptum of Tongue). Die Geschwulst besteht aus dicht gedrängten, erbsengroßen, opaleszierenden, froschlaichähnlichen Bläschen mit kleinen zerstreuten teleangiektatischen Zonen durchsetzt.

E. G. Graham Little: **Fall von Nagelatrophie** (Case of Onychatrophia). Allmähliches Schwinden der Nägel an verschiedenen Fingern; Zehen normal.

E. G. Graham Little: **Präparat eines exzidierten, frühzeitige Malignität aufweisenden Pigmentmales** (Section of Excised Pigmented Mole Showing Early Malignancy). Kongenitales Pigmentmal bei einem 24jähr. Studenten.

H. C. Simon: **Pigmenttumor zur Diagnose** (Pigmented Lesion for Diagnosis). Rapid gewachsene, diskoide, pigmentierte, papillomatöse Wucherung auf der rechten Wange, seit 1 Jahr bestehend. Sie ist auf der Unterlage frei beweglich, Drüsen sind nicht vorhanden. Bisher nichts Beweisendes für Malignität gefunden.

M. G. Hannay: **Fall von Sklerodermie.** Diffuse Ausbreitung über den ganzen Körper mit Ausnahme der Extremitäten. Außerdem einige Naevi vasculosi, seborrhoische und pigmentierte Warzen.

E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Säuglings- und Kleinkinderpflege in Frage und Antwort, von Erich Krasemann-Rostock. (Georg Thieme, Leipzig 1922.) Der beste Beweis für das Bedürfnis und das Interesse an dem vorliegenden Büchlein ist die schnelle Folge der neuen Auflage. Bis auf einzelne kleinere Zusätze ist es in seinem Inhalt unverändert geblieben. Es dürfte nicht nur in den Kreisen, an die es sich speziell wendet, ein erwünschter Ratgeber als Repetitionsbuch für Säuglings- und Kinderpflegerinnen sein, sondern es wird durch den leicht verständlichen Text vielen jungen Müttern für die Pflege ihrer Kleinen erwünschten Nutzen geben.

E. Langer-Berlin.

Rezepttaschenbuch für Klinik und Praxis, von v. Ziemssen. 13. Auflage, neu bearbeitet von H. Rieder und M. Zeller. (Georg Thieme, Leipzig 1923.) Das altbewährte Taschenbuch, das wie in früheren Auflagen medikamentöse Therapie und Arzneiverordnungslehre in gleicher Weise berücksichtigt, ist in wenig veränderter Gestalt, nur in seinen praktischen Tabellen durch Aufnahme neuer Heilmittel vermehrt, handlich und schmuck neu erschienen. Der Zweck eines Rezepttaschenbuches, den Praktiker in den mannigfachsten Fragen der medikamentösen Behandlung schnell, ausgiebig und zuverlässig zu belehren, ist hier vollständig erfüllt. Neben den Heilmitteln finden auch künstliche Ernährung, Desinfektionsmittel, Heilquellen und medizinische Bäder zusammenfassende Besprechung. Gruppierung der Arzneimittel (nach ihrer Hauptwirkung) und

Digitized by Google

therapeutisches Register (nach Krankheiten) ergänzen das beliebte, dem praktischen Arzte wie Spezialisten gleich wertvolle Nachschlagebuch. Bei der Fülle des Stoffes verbietet sich wohl jedes Eingehen auf Einzelheiten oder einzelne Rezepte, deren Preisangaben bekanntlich jetzt längst überholt sind und in ihrer Genauigkeit sogar irreführen können. M. Stern-München.

Die Syphilis, laienverständlich dargestellt von Orlowski-Berlin. (Ärztliche Beratung zur Ergänzung der Sprechstunde, Nr. 8. 3. Auflage. Kurt Kabitzsch, Leipzig 1922.) Kurzer, hauptsächlich für gebildete Laien bestimmter Abriß über die Syphilis. Das 1. Kapitel bringt einen kurzen historischen Überblick. Das 2. Kapitel bespricht Verlauf der Syphilis, das 3. die Wassermannsche Blutuntersuchung, welche relativ eingehend behandelt ist. Es muß jede positive Reaktion in eine negative verwandelt werden. Das 4. Kapitel: Syphilis-Rückenmarks- und Hirnleiden hebt als Hauptursache derselben ungenügende Behandlung, die Einwirkung gewisser Schädlichkeiten u. a. m. hervor, bezüglich der Vorhersage der Syphilis (5. Kapitel) wird besonders die Wirkung des Alkoholismus genannt, im übrigen aber die Schwierigkeit der Prognose betont. 6. Das Quecksilber und seine Feinde ist ein Kapitel, das vor allem der Widerlegung der von den Naturheilkünstlern angeführten Gründe gewidmet ist und die seit Jahrhunderten feststehende Heilkraft des Quecksilbers feststellt. 7. Die Behandlung der Syphilis führt Orlowski großenteils so aus, daß er zuerst Salvarsan und dann Quecksilber gibt; abwechselnd beide Mittel zu geben, eine Methode, die wohl die meisten Anhänger hat und nicht minder gute Resultate liefern dürfte, hält er im allgemeinen für bedenklich, da zwei immerhin differente Gifte, die sich in unberechenbarer Weise in ihrer Wirkung steigern können, gleichzeitig auf den Körper „losgelassen würden". Die zuweilen sehr wichtige Jodbehandlung wird vom Verf. nur ganz kurz erwähnt. Das letzte (8.) Kapitel bespricht die Bedeutung der Syphilis für die Nachkommenschaft. M. Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Keratosen.

Ichthyosis congenita (Congenital Hyperkeratosis), von W. E. Foggie. (Edinburgh J., 1922, Bd. 29, Nr. 5.) Beschreibung eines seit der Geburt in Beobachtung stehenden, zur Zeit 14jähr. Mädchens, dessen Hautveränderungen sich unmittelbar nach der Geburt zeigten und seitdem in mäßigem Grade bestehen blieben. Das Kind ist im ganzen schwach entwickelt, zeigt jedoch keine besonderen Defekte. Vorübergehende Thyreoidinbehandlung ohne Einfluß. Es handelt sich um die milde Form der Krankheit, stärkere Veränderungen (Ektropium usw.) fehlen. Besprechung der Theorien über die Entstehung und den Zusammenhang der Fälle von einfacher Ichthyosis mit der kongenitalen Form. E. Levin-Berlin.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Ein Fall von Pfortaderstenose und Myelothrombophlebitis im Kindesalter nach multiplen Hautabszessen in den ersten Lebenswochen, von Martha Bardach-Düsseldorf. (Arch. f. Kindhlk., Bd. 71, H. 4, S. 270.) Schwerste anfallsweise auftretende Magendarm-Blutungen bei einem 6jähr. äußerst anämischen Jungen mit heftigsten Kolik-Schmerz-Attacken. Dabei bestand ein riesiger harter Milztumor. Die Sektion bestätigte die in vivo schon mit größter Wahrscheinlichkeit unter eingehender Würdigung aller differentialdiagnostischen Momente gestellte Diagnose. Ätiologisch kommt wahrscheinlich eine in den ersten Lebenswochen überstandene schwere Pyodermieerkrankung in Betracht, die auf dem Wege der Nabelgefäße in die Tiefe gewandert sein dürfte. F. Hirsch-Ulm.

Behandlung der Säuglingsfurunkulose (Treatment of Furunculosis in Infants), von E. G. Gruler und C. B. Rose-Chicago. (J. Am. m. Ass., Bd. 77. Nr. 1, S. 39—41.) Nach den guten Resultaten von Röntgenbestrahlung bei Furunkulose der Erwachsenen haben die Verff. dies Mittel auch bei Säuglingsfurunkulose angewandt. Der Erfolg war im ganzen günstig. Weiche ungefilterte Strahlen wirkten besser als die harten, nach denen als Nebenerscheinung Epilation auftrat. Die Bestrahlungen wurden lokal vorge-

Digitized by Google

nommen, meist eine Minute Dauer; der bestrahlte Furunkel bildete sich danach schnell zurück, das Auftreten neuer Furunkel wurde aber wenig beeinflußt.

A. de Lemos-Hamburg.

Über Behandlung der Staphylomykosen mittels Pferdeserums, von W. Rieder-Hamburg. (Kl. W., 1922, Nr. 47, S. 2333.) Verf. spaltet Karbunkel kreuzförmig, präpariert die Hauträndern frei und legt in die Wunde mit Pferde- oder Diphtherieserum getränkte Gazestreifen. Unter einem Schutzverband bleibt die Gaze 24 Stunden liegen. Meist schon nach 24 Stunden Abstoßung des erkrankten Gewebes und Reinigung. Bei Furunkel ohne Inzision Injektion von 1 ccm Pferdeserum in das Zentrum des Herdes, danach rasche Pfropfabstoßung. Mit diesem Verfahren glaubt Verf. rascher, besser und für den Patienten schonender zum Ziele zu gelangen. E. Langer-Berlin.

Über die sogenannten Schweißdrüsenabszesse der Achselhöhle, von Franz Kobt-Heidelberg. (Kl. W., 1922, Nr. 46, S. 2283.) Auf Grund histologischer Untersuchungen kommt Verf. zu dem Resultat, daß bei den Schweißdrüsenabszessen es sich um entzündliche Veränderungen im Zwischengewebe handelt, daß die entzündliche Infiltration aber auch die Grenze der fibrösen Kapsel der Drüse nach außen überschreitet. Erst in älteren Fällen tritt sekundär eine Miterkrankung des Epithels ein. Verf. glaubt annehmen zu können, daß die Erkrankung auf dem Luftwege entsteht, dagegen nie von außen her durch die Ausführungsgänge. Daraus erklären sich auch die klinischen Beobachtungen — nie Entleerung aus den Schweißporen, keine Ausbildung des vom Furunkel her bekannten gelben Punktes, Entstehung meist im Anschluß an oberflächliche entzündliche Veränderungen an Unterarmen und Händen. Therapeutisch weist Verf. auf die günstige Wirkung der Röntgenbestrahlung und der Caseosaninjektionen hin.

E. Langer-Berlin.

Erysipel, Phlegmone usw.

Erysipelbehandlung mit Vakzinen (Treatment of Erysipelas by Vaccines), von J. Ronaldson Russel. (Brit. m. J., 1. VII. 1922, S. 15.) Mitteilung eines Falles von Gesichtserysipel, das auf 2 Injektionen von Antistreptokokken-Vakzine hin abheilte.

E. Sklarz-Berlin.

Beitrag zur Behandlung des Schweinerotlaufes beim Menschen, von Gestewitz-Sator. (M. Kl., 1922, Nr. 23, S. 729.) Benutzung von Rotlaufserum bei 3 Patienten, wie es die Tierärzte bei Schweinen prophylaktisch und therapeutisch gebrauchen. Injiziert wurden je 6 ccm subkutan in Brust oder Arm. Geringe örtliche Reaktion und Fieber während 24 Stunden. Nach 8 Tagen ohne jede äußere Behandlung Besserung des Rotlaufes, völlige Heilung spätestens nach 6 Wochen. G. Heymann-Elbing.

Sklerom, Orientbeule, Milzbrand usw.

Rhinosklerom, von Herman Goodman-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 7.) Mit Abbildungen versehene Auseinandersetzungen, die besonders der Differenzierung zwischen Rhinosklerom und Granuloma inguinale dienen. E. Levin-Berlin.

Milzbrand in amerikanischen Gerbereien (Anthrax in American Tanneries). (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 1, S. 43.) Es wird auf die Gefahr der Milzbrandinfektion bei Gerbereiarbeitern aufmerksam gemacht. In Pennsylvanien wurden allein nach umfassenden Forschungen von Smyth und Bricker 123 oder mehr als 8% von den Arbeitern mit Milzbrandbazillen infiziert. 73 Fälle waren beschäftigt mit Rinderhäuten, 50 mit Ziegenhäuten; $^1/_5$ der Fälle starb. Die hohe Zahl dieser Erkrankungen erfordert dringend bessere gesetzgeberische Maßnahmen vom Staat zum Schutze gegen Milzbrand, als das bisher geschehen. F. Quasig-Hamburg.

Die Behandlung des Milzbrandkarbunkels beim Menschen (Le traitement du charbon humain), von L. Cheinisse. (Presse méd., 1922, Nr. 98.) Die früheren Behandlungsmethoden sind fast völlig verdrängt worden durch die modernen. Von diesen werden geschildert die mit Milzbrandserum. Verschwinden der Krankheitserscheinungen in 3—4 Tagen bei täglichen intramuskulären Einspritzungen von 20 ccm, eventuell 10 ccm intravenös. Gleiche Erfolge sind zu erzielen durch Einspritzen normalen Serums gewisser Tiere (Rind, Pferd), wobei es sich nicht um eine spezifische Wirkung, sondern um eine Proteinkörpertherapie handelt. Dementsprechend suchte man, um die unangenehmen Nebenwirkungen des Serums auszuschalten, dieses durch eine entsprechend wirkende Substanz zu ersetzen, als welche sich das Wittesche Pepton bewährt hat.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Zur Behandlung der Blutvergiftung bei Milzbrand, von Erwin Baumann-Wattwil. (Klin. W., 1922, Nr. 50, S. 2472.) Auf Grund von zwei Fällen empfiehlt Verf. bei Milzbrand die intravenöse Anwendung von Argochrom-Merck als gut wirkendes Mittel. In beiden schon weit vorgeschrittenen Erkrankungsfällen wurde durch je zweimalige Injektion von 20 ccm = 0,2 g Argochrom auffallende Besserung und Übergang in Heilung erzielt. E. Langer-Berlin.

Zwei Fälle von Orientbeule (Two Cases of Oriental Sore Cutaneous Leishmaniosis), von Howard Fox-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 7.) Bei der großen Variation der klinischen Typen ist die Differentialdiagnose von Geschwüren tuberkulösen, syphilitischen Ursprungs, von Framboësie und bisweilen von Kankroid nur durch die mikroskopische Untersuchung zu stellen. E. Levin-Berlin.

Antimon bei Framboësie (Antimony in Yaws), von F. T. Auden. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3211, S. 83.) Angeregt durch den Bericht Cawstons (Brit. m. J., 18. II. 1922). Über erfolgreiche Behandlung von Syphilis mit Antimon, versuchte A. Antimon bei einigen akuten Fällen von Framboësie. Es konnte keinerlei Besserung festgestellt werden. Als Nebenerscheinungen zeigten sich bei einem Pat. am 7., 8. und 9. Tag der täglich intravenös vergenommenen Injektionen mäßiger Kopfschmerz und Nausea. S. Bommer-Heidelberg.

Bubonenpest behandelt mit Neosalvarsan (Bubonic Plague Treated with Neosalvarsan), von Ram Mansoor. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3212, S. 127.) Bericht über einen Fall von Bubonenpest bei einem 22jähr. Jüngling, der erfolgreich mit Neosalvarsan behandelt wurde. Pat. erhielt einmal 0,45 g intravenös drei Tage nach Beginn der Krankheit (gleichzeitig 0,5 ccm Hypophysenextrakt subkutan). Am selben Abend Rückgang des Fiebers und Nachlassen der Beschwerden. Die Temperatur kehrte in den nächsten vier Tagen lytisch zur Norm zurück. Pat. wurde geheilt. Die Lokalbehandlung des Bubo bestand in Applikation von Belladonna und Glyzerin. S. Bommer-Heidelberg.

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Hydroa aestivale bei Zwillingen (Hydroa Aestivale in Identical Twins), von Alfred Eddowes-London. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3222, S. 601.) E. möchte mit diesem bei Zwillingen, 11jähr. Mädchen, beobachteten Falle von völlig gleichartigem Sommerausschlag den Beweis erbringen, daß hierbei neben den Sonnenstrahlen auch eine angeborene Vulnerabilität der Haut eine Rolle spielt. Beide Kinder hatten drei Jahre hintereinander in der Sommerszeit bei raschem Temperaturwechsel (von nebelig und kalt zu heiter und heiß) bläschenartigen Ausschlag an Gesicht und Händen; außerdem war ersteres dicht mit Sommersprossen besetzt. Die anderen Kinder derselben Familie hatten keinen derartigen Ausschlag. M. Stern-München.

Über die innere Sekretion der Keimdrüsen und ihre praktische Nutzanwendung, von L. Fraenkel-Breslau. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1922, Nr. 19, S. 585 bis 590.) Fortbildungsvortrag. A. de Lemos-Hamburg.

Endokrine Störungen.

Zur Frage der Genese des angeborenen und infantilen, erworbenen Myxödems, von Siegert-Köln. (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1921, H. 2.) S. begründet auf Grund eigener Forschungen seinen Standpunkt, daß angeborenes und infantiles Myxödem „wesensgleich, beruhen auf der restlosen Involution vor wie nach der Geburt der in der Entwicklung gestörten, nachweisbar vorhanden gewesenen Thyreoideaanlage". Die Entwicklung der Schilddrüse geschieht aus einer einzigen medialen Anlage, wie jetzt sicher feststeht. F. Hirsch-Ulm.

Zur Frage des Einflusses der Ernährung auf die Blutdrüsen und insbesondere auf den Adrenalingehalt der Nebennieren, von Pietro Rondoni-Sassari. (Zschr. f. d. ges. exp. Med., Bd. 29, H. 3/4, S. 197—200.) Verf. hat bereits 1915 seine zahlreichen diesbezüglichen Untersuchungen veröffentlicht und gibt einen kurzen Überblick über seine damaligen Ergebnisse. Ein Vergleich der histologischen Veränderungen der Meerschweinchenorgane beim Hunger mit denjenigen, die bei einseitiger Maiskost (Maidismus) und bei Skorbut bei Haferfütterung vorkommen, zeigt, daß bei Maidismus die Veränderungen der Organe mit innerer Sekretion und besonders der Schilddrüse ausgesprochener als beim Skorbut und beim Hungern waren. Die Nebennieren waren

Digitized by Google

bei allen diesen Zuständen vergrößert — am meisten beim Maidismus — infolge kongestiver (besonders beim Skorbut), degenerativer und sklerotischer (besonders beim Maidismus) Zustände. Die Schilddrüse wies bei maisgefütterten Meerschweinchen zunächst einen hyperämischen Zustand und nachher echte Sklerose auf. Die Nebennieren des mit Mais gefütterten Meerschweinchens waren sehr arm an Adrenalin, und die perorale oder subkutane Verabreichung von Adrenalin erhöhte die Widerstandsfähigkeit der Tiere gegenüber der schädlichen Einwirkung der Maiskost. Die Maiskost führt deshalb bald zum Tode unter schweren Erscheinungen und starker Gewichtsabnahme, weil im Maiskorn gewisse Lipoide oder mit Lipoiden verbundene Stoffe (Vitamine?) fehlen, die für die Erhaltung des Stoffwechsels und vor allem der Funktion der Organne mit innerer Sekretion nötig sind. G. Assmann-Kiel.

Kombination von Sklerodermie mit Addisonscher Erkrankung. Kombination von Sklerodermie mit Raynaudscher Krankheit und Tendovaginitis crepitans, von Kurt Scholz-Warmbrunn i. R. (Klin. W., 1922, Nr. 39, S. 1948.) Inhalt im Titel enthalten. Wegen der Kombination der Symptome ist eine innersekretorische Störung anzunehmen. E. Langer-Berlin.

Pityriasis rubra pilaris mit adiposogenitaler Dystrophie (Pityriasis Rubra Pilaris Associated with Dystrophia Adiposogenitalis), von Paul E. Bechet-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 7.) 13jähr. Junge mit starker Obesitas, ganz infantilen und atrophischen Genitalien, Hüften von weiblichem Typus, an den Pubes und Achseln nicht einmal Lanugohaare. An ausgedehnten Stellen des Rumpfes und der Schenkel aggregierte, rote, spitze Papeln mit Hyperkeratose der Haarfollikel; beträchtliche kleienförmige Abschuppung, Haut an den Handflächen und Fußsohlen trocken, hart, hornig, am Dorsum der Finger harte, schwarze, hyperkeratotische Follikel. Nach Pituitrin wesentliche Besserung aller Erscheinungen. E. Levin-Berlin.

Weitere experimentelle Ergebnisse über endokrine Störungen durch Thallium (Versuche an Kaulquappen), von A. Buschke und Bruno Peiser-Berlin. (Klin. W., 1922, Nr. 44, S. 2182.) Im Verlaufe ihrer experimentellen Studien an mit Thallium gefütterten und vergifteten Tieren teilen die Verff. nunmehr Beobachtungen über den Einfluß des Thalliums auf Wachstum und Metamorphose der Kaulquappen mit, die mit einer gewissen Sicherheit zu beweisen scheinen, daß die Thalliumgiftwirkung über die Organe des endokrinen Systems geht. Dabei hat sich aber an den Rattenversuchen der Verff. gezeigt, daß die Störungen in der Hauptsache wohl funktioneller Natur sind. Die Kaulquappenversuche wurden so vorgenommen, daß etwa 2,0—3,0 mg Thallium auf 2000 ccm Wasser zugesetzt wurde. Es zeigte sich, daß unter der Thalliumwirkung sowohl die Metamorphose wie auch das Wachstum gehemmt wurden. Zusatz von Thymusextrakt zu dem Thalliumwasser kann zwar nicht das Wachstum beschleunigen, ist aber imstande, die Thalliumschädigung so weit zum günstigen zu beeinflussen, daß die Metamorphose, wenn auch verzögert, noch erfolgt, d. h. es entstehen Zwergfrösche. Schildendrüsensubstanzzusatz kann die Wachstumshemmung nicht verhindern, scheint aber der auf die Metamorphose gerichteten hemmenden Wirkung des Thalliums entgegenzuarbeiten. E. Langer-Berlin.

Pigment.

Über Bildung und Abbau des Hautpigments (Over vorming en afbraak van huidpigment), von G. O. E. Lignac. (Inaug.-Diss. J. J. Groen & Zoon, Leiden 1922.) Experimentelle Untersuchungen über postmortale Hautpigmentierung. In fast 100% positives Resultat bei Untersuchungen nach Meirowsky auf postmortale Pigmentierung. Wie Neubürger fand Verf. diese Pigmentierung nur in Sauerstoffumgebung. Das Pigment ist morphologisch und chemisch mit dem vital gebildeten Melanin identisch. Die Bildung findet nur in der Epidermis, nicht im Korium statt. Künstlich hat L. postmortal mit Quarzlicht Pigmentierung erzeugt, zuerst Hyperpigmentierung, dann aber Depigmentierung. Die Hyperpigmentation entsteht durch Einwirkung des durch das Quarzlicht erzeugten H_2O_2 auf das Präpigment, während nachher bei dauernder Bestrahlung dasselbe H_2O_2 das gebildete Melanin in farblose Abbauprodukte umwandelt. Es folgen Erörterungen über den Chemismus des Hautpigments und eine kritische Würdigung der verschiedenen Untersuchungsmethoden. Sodann bespricht L. das Schicksal des einmal gebildeten Melanins. Das Melanin wird im Epithel gebildet, den Blut- und Lymphgefäßen, durch die Chromatophoren im Korium, zugeführt. Melanin-Abbau-

Digitized by Google

produkte finden sich nie im Epithel; bis jetzt ist nur eines der oxydativen Abbauprodukte vom Verf. in den regionären Lymphdrüsen gefunden worden. F. Hirsch-Ulm.

Entsteht das Karzinom aus dem Pigment? (Has Cancer a Pigmentary Origin?), von George Thos-Beatson. (The Lancet, Nr. 5169.) Verf. stellt die Hypothese auf, das Karzinom entstände aus dem Pigment, ohne, wie er selbst zugibt, dafür einen sicheren Beweis liefern zu können. Es scheinen ihm jedoch einige Beobachtungen dafür zu sprechen: Das Fett in der Umgebung maligner Geschwülste zeichnet sich aus durch intensive Pigmentierung; es besteht demnach wohl ein Unterschied zwischen dem Pigment des normalen und dem des zirkumkarzinomatösen Fettes. Ferner fand sich bei starker Fettpigmentierung eine Zunahme der ungesättigten Fettsäuren. All das weist auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen des Pigments in seiner Beziehung zu chemischen und biologischen Prozessen hin. R. Erichson-Kiel.

Karzinom und Bronzefärbung der Haut, von Max Grossmann-Zagreb. (Klin. W., 1922, Nr. 34, S. 1697.) Bei einer 39jähr. Frau war ein Magenkarzinom mit ausgedehnten Metastasen, die aber die Nebennieren verschont hatten, vergesellschaftet mit einer intensiven Bronzefärbung der Haut und einer Blutdrucksteigerung. Verf. bringt diesen Fall als Stütze für die Annahme, daß die Hautmelanose kein unbedingtes Symptom einer Nebennierenerkrankung sei, sondern glaubt eher eine Sympathikuserkrankung annehmen zu müssen, zumal dieser fest in den retroperitonealen Drüsenpaketen eingemauert war. Ob auch die Blutdrucksteigerung auf dieselbe Ursache in diesem Falle zurückzuführen ist, wagt Verf. nicht zu entscheiden.
E. Langer-Berlin.

Eine besondere Hautverfärbung wahrscheinlich infolge von Quecksilberverbindungen (Kalomel) in Schönheitsmitteln (A Peculiar Discoloration of the Skin Probably Resulting From Mercurial Compounds (Calomel) in Proprietary Face Creams), von W. H. Goeckermann-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 8, S. 605 bis 607.) Braungraue Verfärbung der Gesichts- und Nackenhaut zweier Frauen nach Gebrauch einer Gesichtscreme, welche Quecksilberchlorid enthielt. Therapeutisch bewährte sich eine $^1/_2$—1%ige wäßrige Lösung von Kaliumzyanür. F. Quasig-Hamburg.

Fall von Hämochromatosis (Case of Haemochromatosis), von S. Linley-Heald. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3221, S. 542.) Bei einem Zuckerkranken, der in seiner Jugend einen Scharlach mit nachfolgender hämorrhagischer Nephritis überstanden hatte und dessen Hautfarbe später schon ins Gelblich-Grünliche gespielt hatte, trat gegen Ende seines Lebens eine dunkle Verfärbung an den Handrücken, rund um die Ellenbogen, an den Schienenbeinen und den Genitalien auf. Hautstückchen aus dem Handrücken — postmortal untersucht — zeigten deutliche Eisenreaktion. E. Sklarz-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Zur Kenntnis der traumatischen Epithelzyste, von Kasper Blond, Allg. Krankhs. Wien. (Arch. f. klin. Chir., 1922, Bd. 120, H. 4, S. 695.) An Hand von Krankengeschichten und histologischen Untersuchungen und unter Berücksichtigung und kritischer Sichtung der einschlägigen Literatur sucht Verf. den Beweis zu erbringen, daß neben den kongenital angelegten Epidermoiden auch solche traumatischer Art vorkommen, für die er die Bezeichnung „traumatisches Epidermoid" für gegeben hält.
E. Langer-Berlin.

Über die den Nervenwurzeln entsprechende Verteilung von Nävus und Vitiligo (Sur la distribution radiculaire du Naevus et du Vitiligo), von Maurice Klippel und Mathieu-Pierre Weil. (Presse méd., 1922, Nr. 36.) Die beiden Erkrankungen stehen einander sehr nahe und können vereint auftretend eine Nävus-Vitiligo bilden. Die Nävi sind zu trennen in solche, die mit einer Gefäßstörung, und solche, die mit einer Nervenstörung verbunden sind. Erstere beruhen auf einer Läsion der Gefäßwand, sie können frühzeitig im Verlaufe des intrauterinen Lebens entstehen entsprechend der frühzeitigen Anlage der Blutgefäße, sie sind an periphere Ursachen geknüpft und in ihrer Lokalisation durch sekundäre Faktoren bedingt. Der Nävus nervösen Ursprungs kann erst zu einer verhältnismäßig späten Zeit der fötalen Entwicklung auftreten, weil erst in dieser die für seine Entstehung erforderliche trophische Verbindung des Nervensystems mit der äußeren Haut zustande kommt, er ist an Ursachen zentralen Ursprungs geknüpft und hat eine vollkommen systematisierte Topographie, die am häufigsten den Nervenwurzeln entspricht. Ebenso wie der Nävus kann auch die Vitiligo in ihrem Er-

Digitized by Google

scheinen an örtliche Bedingungen geknüpft sein (wiederholter Druck, banale traumatische Läsionen, tertiäre Syphiliserscheinungen). Häufiger jedoch liegt die Ursache im Nervensystem (Pachymeningitis, Tabes); Störungen der Sensibilität und der Reflexe, Veränderungen der Lumbalflüssigkeit können damit verbunden sein. Der Einfluß der Syphilis ist unleugbar, doch können auch andere Infektionen ebenso wirken, z. B. Tuberkulose. Ebenso wie der Nävus kann die Vitiligo an die Läsion eines Nerven gebunden sein (Lepra, Polyneuritis) oder medullären Ursprungs sein (Gliom, Syringomyelie) und ihre übergroße Mehrheit zeigt ebenso wie die der Nävi eine den Nervenwurzeln entsprechende Verteilung; die Läsion muß in der Medulla selbst, wahrscheinlich im Niveau der hinteren Kommissur, gesucht werden. E. Levin-Berlin.

Ein Fall von Tierfell-Nävus, von Helbe-Bochum. (D. m. W., 1922, Nr. 39, S. 1316.) Mitteilung eines Falles von Tierfell-Nävus bei einem zehn Monate alten Kind. Die Haut des ganzen Rückens und der rechten Vorderseite von der Schulter bogenförmig bis zur linken Leistengegend ist braun pigmentiert und mit dunkelbraunen Haaren bedeckt, die auf der rechten Schulter besonders dicht stehen und bis zu 10 cm lang sind. F. Harry-Berlin.

Xanthoma tuberosum multiplex in der Kindheit mit Metastasen in inneren Organen und Sehnenscheiden (Xanthoma Tuberosum Multiplex in Childhood with Visceral and Tendon Sheath Involvement), von F. C. Knowles und H. N. Fisher-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 20, S. 1557.) Der Fall betraf einen 10jähr. Knaben, bei dem zuerst vor drei Jahren an einer alten Impfnarbe am linken Arme kleine gelbliche Knötchen, dann rasch hintereinander am Gesäße beiderseits, an beiden Ellenbogen und über den Knöcheln ähnliche Neubildungen von Erbsen- bis Wallnußgröße, größtenteils isoliert, wenige aber auch konfluierend, von orangegelber Farbe auftraten; weiterhin stellten sie sich an den Achillessehnen, wo sie den größten Umfang hatten (6:4 cm), und an den Streck- und Beugeflächen der Knie ein. Einer der Tumoren an der Achillessehne wurde exzidiert und mikroskopisch untersucht: kollagene Bündel, die bekannten Xanthom-Zellen und kapillare Blutgefäße waren die drei Hauptelemente des mikroskopischen Bildes. Die physikalische Untersuchung ergab Herzgeräusche, abnorme Befunde in den Unterleibsorganen (Tumor an der Leber) u. a. m.
M. Stern-München.

Regressive Störungen und Atrophien.

Die Behandlung des Lupus erythematodes mit Diathermie (Lupus erythematosus Treated by Diathermy), von W. J. Harrison. (Brit. m. J., 21. X. 1922, S. 758.) Bericht über einen durch Diathermie günstig beeinflußten Fall von Lupus erythematodes. Mehrmalige Anwendung bei etwa 300 Milliampères während 25—30 Minuten. Vorsicht wegen Verbrennungen. E. Sklarz-Berlin.

Zur Therapie des Lupus erythematodes, von N. Eisdorfer-Nagytapolesány. Gyógyászat, 1922, Nr. 42.) Sein Vorgehen ist: eine Salbe bereiten von einer 20%igen Jodtinktur und 20%iger Präzipitatsalbe (in einer Schale gut verreiben) und gleich nachher mit einem Stäbchen Watte auf die kranken Stellen auftragen. Es folgt ein mäßiges Brennen, manchmal erst in einigen Stunden. Die Behandlung wird jede 8—10 Tage wiederholt. Der erste Fall zeigt seit 6 Jahren kein Rezidiv. Seither sollen mehrere Fälle, wo die Krankheit 15—20 Jahre anhielt, glatt geheilt sein.
M. Porosz-Budapest.

Die Behandlung des Lupus erythematodes mit Krysolgan, von Hans Martenstein, Univ.-Hautkl. Breslau. (Kl. W., 1922, Nr. 45, S. 2235.) Verf. hat an 42 Fällen eine Behandlung des Lupus eryth. ausschließlich mit intravenösen Krysalganinjektionen vorgenommen. Dabei erzielte er eine Heilung in 66,5%, an Heilung grenzende Besserung in 14,5%, keine oder geringe Beeinflussung in 9,5% und Verschlimmerung in 9,5%. Technik, Dosierung und Heilungsverlauf werden eingehend besprochen, und Verf. kommt zu dem Schluß, daß trotz der Nebenwirkungen das Krysolgan das beste zur Zeit bekannte Mittel gegen den Lupus erythematodes sei. Dagegen ist die Frage, ob es ein „Spezifikum" dagegen vorstellt, nicht zu entscheiden. Unangenehm sind die Nebenwirkungen in Form von Exanthemen, Stomatitiden, Ikterus. Nachträglich ist auch ein durch das Mittel veranlaßter Todesfall mitgeteilt. Es scheint also sehr große Vorsicht bei der Anwendung geboten. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Maligne Neubildungen.

Die Erzeugung von Krebs durch spezifische Formen der Reizung (The Production of Cancer by Specific Forms of Irritation), von J. A. Murray-London. (Brit. m. J., 9. Dez. 1922.) Unveränderter Teer sowie alkoholischer und ätherischer Extrakt von Teer wurden auf getrennte Stellen der Rückenhaut einer jeden von 60 normalen Mäusen appliziert. Von 50 nach 4 Monaten zur Zeit des Auftretens der ersten Tumoren überlebenden Mäusen zeigten 25 maligne Tumoren, und zwar saßen diese an 22 Stellen, die mit ätherischem Extrakt, an 12, die mit dem ursprünglichen Teer, an 2, die mit alkoholischem Extrakt behandelt waren; doch haben andere Untersuchungen in bezug auf die Wirksamkeit des alkoholischen Extraktes andere Befunde ergeben: Bei Mäusen, die bereits an Mammakrebs erkrankt waren, ließen sich auch durch längere Teerbehandlung keine weiteren Resultate erzielen. Das Bestehen einer Krebsgeschwulst scheint in gewisser Weise die Bildung eines zweiten Primärtumors zu verhindern.

E. Levin-Berlin.

Über den experimentellen Teerkrebs. (Ein Versuch, die Art und Wirkungsweise der krebsbildenden Faktoren zu bestimmen), von R. Bierich-Hamburg. (Kl. W., 1922, Nr. 46, S. 2272.) Der Reiz zur Krebsbildung, d. h. die „spezifische Reaktion zwischen Protoplasma und dem wirksamen Faktor" ist von ganz bestimmten Eigenschaften dieser beiden Faktoren, von ihrer Struktur abhängig. Nur an bestimmten Gewebsgruppen können die krebsauslösenden Faktoren, seien sie chemisch-toxischer oder mechanisch-physikalischer Natur ansetzen, und auch sie wiederum müssen von einem ganz bestimmten Aufbau sein. Selbst kleine Abweichungen im Aufbau des Protoplasma genügen, um die Krebsentwicklung zu verhindern, so daß z. B. auf toxische Reize hin zwar im Vormagen der Ratte aber nicht im Ösophagus, das dasselbe Epithel enthält, maligne Tumoren entstehen. Auf die besondere Disposition eines bestimmten Epithels ist wohl auch zurückzuführen, daß gewisse Tiergruppen auf denselben Reiz hin nicht erkranken, dagegen eine Änderung in der Strukturierung des Epithels mit dem Altern eintreten kann. So muß wohl auch der „Faktor der Disposition sich voraussichtlich einmal als Funktion einer bestimmten physikalisch-chemischen Struktur erweisen." Auch bei lokaler Applikation des Reizes, z. B. des Teeres, tritt ein Eindringen in das Blut und alle Organe und Gewebsteile auf. Von allen Geweben kommen hauptsächlich zwei in Betracht: 1. das Epithel und 2. das Bindegewebe. Am Epithel findet sich anfangs eine Steigerung des physiologischen Wachstums, Hyperkeratose und Epithelhypertrophie unter der Teerpinselung, dann ein Tiefenwachstum des Epithels. Das Bindegewebe reagiert zunächst mit starker Quellung der Fasern und Grundsubstanz und mit Zunahme des Elastins, um mit Beginn des Epitheltiefenwachstums eine Änderung der Protoplasmakolloide zu zeigen. Das Bindegewebe wird kernarm, die Quellung elastischer Fasern und Mastzellen gehen verloren. Verf. weist darauf hin, daß Arsen die Krebsbildung verhindern könne, da es bei über lange Zeit verabfolgten Darreichung die anfängliche Bindegewebsreaktion steigert. Die Krebsbildung beruht also in einer gesetzmäßigen Reaktion des Reizes mit dem Protoplasma der epithelialen und angrenzenden bindegewebigen Teile.

E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Ende 1922 befanden sich im Deutschen Reiche 14 Leprakranke: 6 in Preußen, 1 in Württemberg, 7 in Hamburg.

Prof. Karl Kreibich wurde zum Rektor der Deutschen Universität in Prag gewählt.

Priv.-Doz. Dr. Renner in Breslau hat einen Lehrauftrag für Urologie erhalten.

Gestorben: Dr. Cirillo Tamburini, vormals leitender Arzt am Ospedale Maggiore in Mailand;

Dr. Carlo Rühl in Turin.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. Juni 1923 | Nr. 25 | Band 76

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Gießen (Direktor: Prof. Dr. Jesionek).

Über die hautreizende Wirkung dreier gebräuchlicher Puderarten.

Von

Dr. Willy Engelhardt.

Mit 3 Abbildungen im Text.

Die nach dem Kriege in verstärktem Maße auftretenden Hautreizungen nach Applikation der allgemein benutzten Puder veranlaßten uns, Vergleichsuntersuchungen anzustellen zwischen einem Salizylzinktalkumpuder (Acid. sal. 2,0, Talc. venet. Zink. oxyd. ana ad 100,0), dem gewöhnlichen im Handel befindlichen reinen Talkumpuder und einem angeblich nicht reizenden, leicht duftenden Puder der Firma Mühlens, Köln, Nr. 4711 (Rheinveilchentalkumpuder Nr. 4711). Sämtliche Puder sind im allgemeinen keine indifferenten Stoffe; sie sind aber die Mittel, die in der Dermatologie am wenigsten schaden. Der Puder muß eine dem Patienten augenfällige Wirkung haben, da der Kranke gerade auf der Haut den Krankheitsverlauf mitverfolgt, er muß seine Beschwerden lindern, soll also in dieser Beziehung sicher different wirken; indifferent soll er nur sein in bezug auf Hautschädigungen. Die Zusammensetzung und Wirkungsweise der beiden erstgenannten Puderarten ist bekannt. Bei dem Talkumpuder Nr. 4711 mußten wir uns auf eventuelle Schädigungen der Haut durch den uns unbekannten riechenden Bestandteil gefaßt machen. Der Puder besteht aus äußerst fein zerriebenem Magnesiumsilikat, sieht schneeweiß aus, glänzt leicht und fühlt sich fettig an, ohne sich zusammenzuballen. Außer dem Duftstoff fehlen jegliche Beimischungen, besonders vegetabilische, die infolge ihres Feuchtigkeitsgehaltes leicht zu Verklumpungen führen und weniger gut zur Aufsaugung von Fetten geeignet machen. Der Puder besitzt gegenüber den hier gebräuchlichen Arten eine sehr feine Korngröße, die die Aufsaugung von Flüssigkeiten sehr begünstigt (siehe Mikrophotographie). Auch die Verdunstung und die dadurch erfolgende Kühlwirkung muß um so größer sein, je kleiner die Puderteilchen sind, da ja die Verdunstungsoberfläche dadurch vergrößert wird. Bei der Betrachtung der Vergrößerungen kommt unwillkürlich der Gedanke, daß empfindliche oder gar krankhaft veränderte Haut das feine, mehr rundliche Puderkorn besser verträgt, als die groben scharfkantigen Schollen des Salizyl- bzw. des gewöhnlich benutzten Talkumpuders.

Im folgenden sollen kurz die Ergebnisse einer dreimonatigen vergleichenden Anwendung der drei angeführten Puderarten niedergelegt

Digitized by Google

werden. Wir begannen mit Puderungen an hautgesunden Männern und benutzten vorwiegend stark fett- und schweißabsondernde Körperpartien. Ein und derselbe Pat. wurde an verschiedenen Körperstellen zur selben Zeit — bei Ganzpuderungen zu verschiedenen Zeiten — mit den drei Puderarten tüchtig eingepudert. Unter je 250 Puderungen der Achselhöhlen, des Gesichts und der Analgegend wurde bei keinem Puder eine stärkere Hautreizung gesehen: die Pat. empfanden es als angenehm, Schweiß und Fett wurde gut aufgesaugt, die Sekretion ließ nach mehrmaliger Anwendung nach. Neben der subjektiv bemerkbaren Abkühlung konnte in manchen Fällen auch objektiv ein Blässerwerden der Haut, d. h. eine Verengerung der oberflächlichen Blutkapillaren beobachtet werden. Während bei der Anwendung des Talkumpuders Nr. 4711 weder subjektive noch objektive Schädigungen gesehen wurden, zeigten sich bei dem Salizylpuder in drei Fällen, beim gewöhnlichen Talkumpuder in zwei Fällen leichte Hautreizungen, die objektiv nicht wahrnehmbar waren, subjektiv aber zu Klagen, wie Jucken und Brennen, Veranlassung gaben.

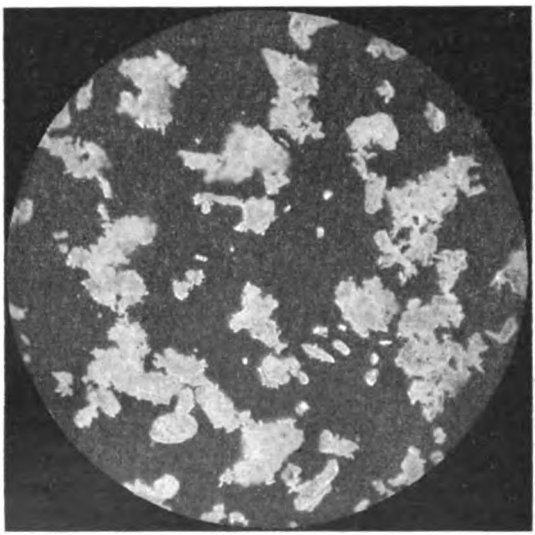


Abb. 1. Reiner gebräuchlicher Talkumpuder.
35fache Vergr. Leitz Obj. 2, Okul. 1.

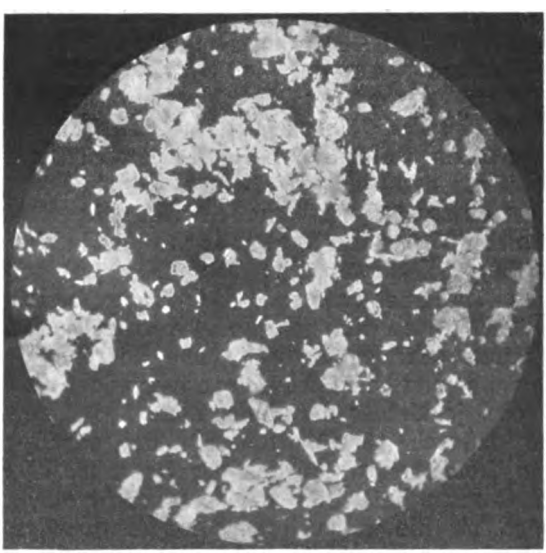


Abb. 2. Talkumpuder 4711.
35fache Vergr. Leitz Obj. 2, Okul. 1.

Von etwa 50 Pat. wurde der ganze Körper eingepudert. Ein Pat. reagierte auf jede der drei Puderarten mit starker Rötung der Körperoberfläche, besonders Bauch und Rücken, ähnlich einer Lichtentzündung, verbunden mit Schwellung und fühlbarer

Digitized by Google

Erhöhung der Hauttemperatur. Es handelte sich um ein rotblondes sommersprossiges Individuum. In zwei weiteren Fällen — hellblonde pigmentarme Menschen — wurde nur Talkumpuder Nr. 4711 vertragen; bei Anwendung der beiden anderen Puder traten sofort Dermatitiden auf, die objektiv wahrnehmbar waren und subjektiv mit Krippeln, Jucken und Brennen einhergingen. Die Hautentzündungen gingen nach Aussetzung des Puders sofort zurück, ohne weitere Behandlung erforderlich zu machen. Urtikarielle oder bullöse Hautentzündungen konnten in keinem Falle festgestellt werden.

Nun gingen wir zur Puderung der empfindlicheren Haut von Frauen und Kindern über. Wir begannen wieder mit Einpuderung einzelner Körperstellen, die besonders stark sezernierten — unter der Mamma, in den Achselhöhlen und in der Genital- und Analgegend. In sechs Fällen erfolgte Puderung des ganzen Körpers. Schädigungen konnten wir bei keinem der drei Puderarten feststellen. Einen angenehm empfundenen Vorteil — besonders bei der Genitalbehandlung der Gonorrhoekranken — bedeutete die Anwendung des Talkumpuders Nr. 4711 für Arzt und Pat. insofern, als der üble Geruch des Schweißes und der Absonderung in der Genitalgegend durch den unaufdringlichen Geruch dieses Puders verdeckt wurde. Objektiv gingen Rötung und Schwellung der Genitalschleimhäute nach 3—4 Puderungen zurück. Bei der Behandlung der Vulvovaginitis der Kinder zeigte sich Talkum Nr. 4711 den beiden anderen Puderarten überlegen, da seine große Aufsaugefähigkeit bei der starken Absonderung erst richtig zur Geltung kommt. Reizungen sahen wir bei täglich mehrmaliger Anwendung nicht auftreten, mit Ausnahme zweier Fälle, bei denen Salizylzinkpuder nicht vertragen wurde. Sämtliche drei Puder stehen jedoch bei der Vulvovaginitisbehandlung dem Xero- bzw. Jodoformpuder nach; sie können hier nur Ersatzmittel dieser beiden fast unerschwinglichen Arzneimittel sein. Reizlos wurden die Puder vertragen von Säuglingen, bei denen regelmäßige Puderungen ein Wundwerden der Analgegend verhinderten.

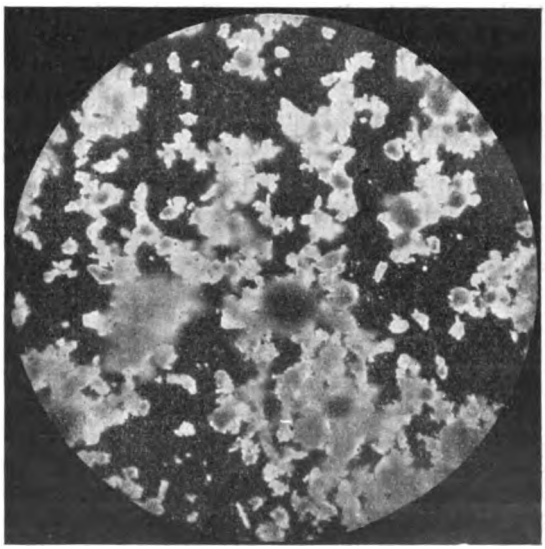


Abb. 3.
Acid. salicyl. 2,0, Talc. venet. Zinc. oxydat. āā ad 100,0.
35fache Vergr. Leitz Obj. 2, Okul. 1.

Wir gingen nun dazu über, die Verträglichkeit der Puder bei den verschiedensten Hauterkrankungen festzustellen. Bei den durch Licht

Digitized by Google

bewirkten Hautentzündungen, ebenso wie bei Arsen- und Quecksilberdermatitiden brachten die Puder gute subjektive Linderung der Beschwerden. Salizylzinkpuder wird hier weniger gut vertragen. Bei vier Fällen von Urtikaria und herpetiformen Hautentzündungen scheint besonders bei Frauen der Talkumpuder 4711 durch seine Duftstoffe eine psychische Beruhigung herbeizuführen. Chronische Ekzeme in der Genital- und Analgegend zeigten bei Puderbehandlung keinerlei Reizwirkung, dagegen wurden bei trockenen Gesichtsekzemen seborrhoischen Ursprungs nach Talkum 4711 leichte Hautreizungen, die sich subjektiv durch Spannen, objektiv durch leichte Schwellung bemerkbar machten, beobachtet. Es wurde in diesen Fällen der Salizylpuder besser vertragen. Die sogenannte Seborrhoea oleosa des Gesichtes reagierte sehr gut auf Talkum 4711, die starke Fettabsonderung besonders der Nasengegend ließ bald nach, so daß für diese Zwecke dieser Puder besonders empfohlen werden kann. Nach Salizyl- und gewöhnlichen Talkumpuderungen wurden häufige Hautreizungen und Übergänge zum seborrhoischen nässenden Ekzem gesehen. Zusammenfassend können wir sagen:

Die durch drei Monate hindurch angewandten Vergleichspuderungen zwischen dem gebräuchlichen Salizylzinktalkumpuder und dem gewöhnlichen Talkumpuder ohne Zusatz einerseits und dem leicht duftenden Rheinveilchentalkumpuder Nr. 4711 andererseits ergaben dessen Unschädlichkeit. Er erzeugte — an Hautgesunden sowohl wie Hautkranken — statt der bei den beiden ersten Pudern beobachteten 0,6% Hautreizungen nur in 0,2% der Fälle geringe Reizwirkungen. Hochgradige Hautentzündungen wurden an Hand von ungefähr 1500 Puderungen bei keinem der drei ausgeprobten Puder beobachtet.

Aus der dermatologischen Abteilung des städt. Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Dirig. Arzt: Prof. A. Buschke).

Über lichen-ruber-ähnliche Salvarsanexantheme, Lichen ruber, lichenoide Disposition und einige Konstitutionstypen der Haut.

Von

Prof. Dr. A. Buschke und Dr. E. Sklarz, Oberarzt der Abteilung.

(Schluß.)

Ad 2. Jadassohn selbst hatte zehn Fälle von familiärem Lichen ruber erwähnt (Keyes, Hamacher, Lustgarten, Brocq, Ledermann, Heidingsfeld und Morel-Lavallée), von Knobloch hat im ganzen 21 Fälle zusammengetragen und Kiess hat diese Zahl unter Hinzuziehung von Fällen von Galewsky, Joseph, Schütz, Veiel, Wende, Samuel, Montgommery und Liebenthal die Summe auf 34 erhöht. Inzwischen hat Galewsky vier neue Fälle veröffentlichen können (zweimal zwei Brüder, einmal Mutter und Tochter, einmal Ehegatten), und Feldmann hat einen 39. Fall ebenfalls zwischen Ehegatten, die nicht

Digitized by Google

blutsverwandt waren, festgestellt. Gleichfalls zwischen Ehegatten hat schließlich Cohn (zitiert bei Galewsky) einen Lichen ruber beobachtet. Unter diesen 40 Fällen finden sich nur sechsmal Ehegatten. Im übrigen wird in einem großen Teil der Veröffentlichungen betont, daß die betreffenden Personen entfernt voneinander aber jedenfalls nicht in enger Gemeinschaft gelebt haben. Wenn man Galewsky auch zugeben mag, daß die Zahl der Lichen-ruber-Erkrankungen unter Ehegatten vielleicht größer sein mag als den publizierten Fällen entspricht, so bleibt doch als sicher anzunehmen, daß ihre Zahl weit hinter den übrigen familiären Fällen, die ja auch nicht alle zur Kenntnis gelangen, zurückbleibt und jedenfalls keinen Schluß bezüglich der Infektiosität erlaubt.

Es bleibt also bestehen, daß auf alle möglichen Reize hin ein Lichen ruber entstehen kann, und daß die Zahl der Fälle, die mit Sicherheit für eine Infektiosität sprechen würden, nämlich die unter Ehegatten oder eng beieinander lebenden Menschen, verhältnismäßig am kleinsten ist. Andererseits ist der Lichen ruber doch eine nicht so seltene Dermatose, daß man sein Auftreten bei Ehegatten usw. unbedingt a priori als etwa im Sinne einer solchen Auffassung verdächtig ansehen kann.

Fassen wir alle klinischen Erfahrungen zusammen, so scheint sich ein großer Gesichtspunkt herauszuheben, nämlich der, daß ausschlaggebend für die Entstehung eines Lichen ruber die persönliche Disposition des Individiums, die Konstitution seiner Haut ist.

Es sei in diesem Zusammenhang nicht bloß an die Psoriasis erinnert, für die, wie für die keratotische Disposition Buschke und Langer im Anschluß an die Besprechung gonorrhoischer Exantheme einen besonders konstitutionellen Typus der Haut angenommen haben, sondern auch an das sogenannte Mal de Meleda, die Keratosis palmaris et plantaris, an die Darriersche Dermatose (Bettmann, Spitzer, Sklarz, Derm. W., 1922, Bd. 74, Nr. 22, Literatur) und endlich die Vitiligo. Ganz besonderes Interesse erweckt es, daß gerade die Vitiligo in nicht allzu seltenen Fällen mit Lichen ruber verquickt gefunden wurde (Ehrmann, Lederman, Welander, Orbaek, Danlos [Riecke]). Auch diese Dyschromie ist in zahlreichen Fällen, wie sie wohl jeder Kliniker kennt, familiär und hereditär, und außerdem spricht der Umstand, daß sich bei manchen Personen neue Vitiligoflecke in kürzester Zeit an Druckstellen ausbilden können (sogenannte Schnürfurchen-Vitiligo) dafür, daß bei diesen Menschen eine besondere Disposition der Haut besteht, auf solche Reize mit Depigmentierung zu antworten.

Der Begriff der Disposition ist schon verschiedentlich in die Debatte geworfen worden. Die Franzosen vor allem halten eine nervöse Grundlage des Individiums für unerläßlich für den Ausbruch eines Lichen ruber planus. Das ist in dieser krassen Form sicher zu weit gegangen und gibt zu Mißdeutungen Anlaß, zumal sich Fälle über Fälle finden, bei denen sich nicht die geringste Spur einer nervösen Einstellung entdecken läßt, ein Umstand, der Fournier veranlaßt hat, gerade auch die Fälle von Lichen ruber planus bei Kindern als Gegenbeweis gegen diese Theorie heranzuziehen. Und doch finden man erstaunlich häufig Nervosität in den Krankheitsgeschichten verzeichnet und nervöse und psychische

Digitized by Google

Symptome angegeben. Wie lassen sich alle diese ätiologisch angeschuldigten Faktoren vereinigen? Wir glauben, daß dies möglich ist, wenn man bezüglich der „Nervosität" nicht allein das sensible oder besser das durch das psychische Verhalten zum Ausdruck gebrachte Moment heranzieht, sondern das negative Nervensystem und den Lichen ruber planus vielleicht als Reflex an der Haut auf verschiedene Reize hin ansieht, die dem zu Lichen disponierten Körper teils von außen, teils von innen treffen. Eine solche Erklärung, die auf den Kreibichschen Anschauungen vom Wesen des sympathischen Reflexes fußen würden, ergäbe die Möglichkeit, das Entstehen eines Lichen ruber planus bei Gallensteinen und Magendarmkatarrhen ebenso dem Verständnis näher zu bringen, wie bei Druck des Bruchbandes und nach Einwirkung des Sonnenlichts. Diese Erklärung böte auch eine Handhabe zu verstehen, warum in so überraschend zahlreichen Fällen der Lichen ruber planus ähnlich wie ein Herpes zoster bandförmig oder dem Verlaufe eines Nerven folgend (womit er natürlich die sympathischen und nicht die sensiblen Bahn begleiten würde) lokalisiert ist, warum er im Anschluß an eine Neuralgie und Neuritis (Greenbaum) ebenso entstehen kann, wie nach schweren Chokwirkungen. Auch die Beziehung zur Vitiligo würde deutlich, für die das sympathische Nervensystem, wie für alle Pigmentanomalien in Anspruch genommen wird. Von Bedeutung in dieser Hinsicht wären dann noch die Fälle, bei denen die Dermatose ausgesprochen symmetrisch erscheint.

Damit wäre auch eine Unterlage für das Wesen der Hautdisposition überhaupt gewonnen, auf die vor allem Blaschko (wie auch Bettmann, Galewsky, Obermüller und viele andere) im Anschluß an die Busohke-sche Demonstration eines Falles von lichen-ruber-planus-ähnlichem Salvarsanexanthem in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vom 10. V. 1921 hingewiesen hat. Eine solche Anschauung, wie wir sie eben entwickelt haben, wäre sogar in der Grundlage nicht absolut neu. So erwähnt Riecke in den historischen Vorbemerkungen seiner Abhandlung über den Lichen ruber im Handbuch der Hautkrankheiten, daß von englischer Seite unter anderem auch auf Sympathikuserkrankungen als Grund für das Entstehen eines Lichen ruber hingewiesen worden sei.

Eine derartige Annahme einer vegetativen Neurose oder besser einer auf Lichen ruber hinzielenden Einstellung des vegetativen Nervensystems würde es auch verständlich machen, warum sich die Dermatose so häufig hereditär oder familiär findet und auch eine Handhabe zum Verständnis dafür bieten, warum sich das eine Mal nach Salvarsan ein lichenoides Exanthem, das andere Mal ein sogenannter echter Lichen ruber planus entwickelt. Sie gehören eben ihrer Genese nach dicht zueinander. Auch was Wirz anführt, daß ein halbes Jahr nach der Salvarsankur Mundschleimhautefloreszenzen entstanden seien, ein Umstand, der ihn verhindert, diesen Fall als Salvarsanexanthem anzusprechen, wird so einer Deutung besser zugänglich. Harry von unserer Abteilung hat vor kurzem eine Arbeit über spontan rezidivierende Salvarsanexantheme veröffentlicht und das in Frage kommende Material unterbreitet. Fußend auf dem von Sklarz schon vor zwei Jahren öfters ausgesprochenem Satz, daß es wohl keine absolut spezifischen, sondern nur charakte-

Digitized by Google

ristische Exantheme gäbe, wobei weniger die Natur des schädigenden Agens als die des pathologischen Vorgangs von Wichtigkeit sei, hat er entwickelt, daß sich durch Annahme einer Schädigung des vegetativen Nervensystems ungezwungen ein solches spontanes Wiederauftreten der Salvarsanexantheme erklären lasse, und Sklarz hat (Derm. W., 1922, Bd. 74, Nr. 17) bei der Besprechung der Entstehung der Exantheme überhaupt auch gerade die lichen-ruber-ähnlichen Salvarsanexantheme und die einem echten Lichen ruber oft zum Verwechseln ähnlich sehenden luetischen Exantheme als Beweise für die Unspezifizität der Exantheme überhaupt herangezogen. Das Auftreten der Schleimhauterscheinungen bei dem Wirzschen Fall stimmt auch damit überein, was Galewsky bezüglich der supponierten Immunität nach Lichen ruber sagt, daß man es nämlich nicht mit einer Immunität, sondern nur mit einer Latenz zu tun habe, die durch irgend einen Reiz jederzeit wieder aufgehoben werden kann, so daß ein neuer Lichen-ruber-Schub entstehe.

Wir haben schon erwähnt, daß mit der Annahme der ausschlaggebenden Stellung der Hautdisposition etwas für den Begriff derselben an sich gewonnen wäre. Auch der Umstand, daß Arsen, ebenso wie es den Lichen ruber zu heilen, ihn auch auszulösen vermag, bietet der Erklärung keine unüberwindlichen Schwierigkeiten, wenn man die Angriffspunkte des Medikaments, das ausgesprochen vegetativ-neurotrop ist, in den Bereich eben dieses vegetativen Nervensystems verlegt. Änderungen des Stoffwechsels — sei es durch Ernährung, „Erkältungen", Medikamente usw. — dokumentieren sich im ganzen Körperchemismus, auch an den Drüsen mit innerer Sekretion und dem mit diesem eng verknüpften vegetativen Nervensystem und können diesen zweifellos so beeinflussen, daß ein neuer Schub auftritt oder auch nicht, so wie es Sklarz bei der Durchsicht der Literatur über die Darierssche Dermatose aufgefallen war, es Fälle gäbe, bei denen die Dermatose in dem einmal erreichten Zustand verharrt und solche, bei denen es auf irgend welchen Reiz hin wieder zu einem neuen Ausbruch kommt. Die oben erwähnte Anschauung, daß der Angriffspunkt des Arsens am vegetativen Nervensystem der Grund des Entstehens oder Verschwindens eines Lichen ruber je nach der biologischen Reaktion des Körpers auf das Medikament sei, stellt ja im weitesten Sinne nichts anderes als eine Erklärung für das Grundprinzip der Homöopathie dar, und findet Analogien, in dem die praktische Seite betreffenden Arndt-Schulzschen biologischen Grundgesetz.

Zusammenfassend würde sich also aus unseren Überlegungen ergeben, daß die Infektionstheorie auszuschließen sein dürfte, und daß es wahrscheinlich ist, daß wir es in dem betreffenden Falle mit einer Lichendisposition zu tun haben. Der so eingestellte Mensch kann auf Reize mannigfacher Art entweder mit lichen-ruber-ähnlichem Exanthem oder mit einem klinisch echten Lichen ruber reagieren, so daß die lichen-ruber-ähnlichen Salvarsanexantheme, echter Lichen ruber auf Grund von Salvarsan, durch Salvarsan provozierter wirklicher Lichen ruber und z. B. die lichenoiden Syphilide prinzipiell in dieselbe Gruppe gehören würden. Daß sich dabei gegebenenfalls klinisch und histologisch Unterschiede finden werden, spielt für unsere Betrachtungen hierbei

Digitized by Google

keine Rolle. Dabei ist zu betonen, daß bestimmte Reize besonders leicht die Affektion erzeugen können, wie speziell bei Lichen ruber das Arsen, welches außer am Nervensystem auch an der Epidermis seinen Angriffspunkt zu haben scheint, und am Pigmentapparat, Organe, die bei sog. Lichen ruber idiopathicus auch besonders in den Vordergrund treten.

Solche Anschauungen haben auch ihre Bedeutung für die Aufstellung von Konstitutionstypen der Haut überhaupt. Es ist wahrscheinlich, daß die großen Dermatosen, die im wesentlichen unheilbar sind, und bei denen eine Attacke wohl kupiert werden kann, ohne daß man aber zu verhindern vermag, daß irgend ein neuer Reiz sie von neuem auslöst, solche Typen darstellen. Für die keratoide Disposition haben auch mit Bezugnahme auf die Psoriasis, wie schon erwähnt, Buschke und Langer die klinische Grundlage gegeben. Ohne näher darauf einzugehen, möchten wir an dieser Stelle nur noch erwähnen, daß sich neben dieser und der oben umrissenen lichenoiden Hautdisposition noch die Gruppe der vasomotorischen, der pemphigoiden (Epidermolysis) und der ekzematoid-arthritischen Disposition, der keloiden, pigmentären usw. aufstellen lassen dürfte. Gehört zur Psoriasis die große Gruppe der Hyper- und Parakeratosen von der echten Psoriasis bis zu den psoriasiformen Syphiliden und gonorrhoischen Exanthemen, so wären in die vasomotorischen alle urtikariellen, und auch vielleicht herpetischen, in die lichenoide auch der Lichen Vidal, auf dessen Verknüpfung mit Lichen ruber wir schon oben hingewiesen haben, die lichenoiden Syphilide usw. einzubeziehen. Diese Gruppen wären nur im großen ganzen umgrenzt, ohne daß sich eine absolut scharfe Trennung durchführen lassen dürfte; da es absolute Charakteristika in der Natur nicht gibt, wie es — um ein Beispiel anzuführen, vorkommen kann, daß ein Lichen ruber sich — besonders unter As-Therapie — in ein Lichen ruber pemphigoides weiter entwickeln kann. Dabei kann die Disposition im Hautorgan selbst liegen oder in einem anderen zur Haut in Beziehung stehenden Organ (Nebenniere, Nervensystem usw.).

Das biologische Geschehen selber, soweit es für die klinische Betrachtung in Frage kommt, würde sich am vegetativen Nervensystem als dem Vermittler der feinsten Stoffwechselvorgänge vollziehen, wie es für eine Reihe großer Dermatosen bereits Golay dargelegt hat, der die in Frage kommende Dermatosen teils als Folge funktioneller Störungen des Sympathikus, teils als Hauterscheinungen in direkter Abhängigkeit von einer funktionellen Sympathikusstörung, teils auch als Störungen im Bereiche des Sympathikus und der endokrinen Drüsen ansieht.

Umfassender scheint uns unsere Auffassung zu sein, wie man ja auch in der allgemeinen Medizin der Disposition wieder eine besondere Rolle zuerteilt und nicht mehr, selbst bei einer Zahl von Infektionskrankheiten im strikten Sinne an die unbedingte Wechselwirkung von Krankheitserreger und Krankheit glaubt, sondern auch hier eine Disposition annimmt, die vorhanden sein muß, damit die betreffenden Erreger zur Geltung kommen können.

Zu dieser natürlich zunächst hypothetischen Aufstellung konstitutioneller Hauttypen geben uns die sich immer mehr häufenden lichen-ruber-

Digitized by Google

ähnlichen Salvarsanexantheme Veranlassung, und wir sehen weit über den Rahmen der einzelnen Dermatosen hinaus in ihnen einen prinzipiellen Beweis dafür, daß eben wie in der allgemeinen Medizin auch in der Dermatologie sich unsere Gedankengänge immer mehr nach der Richtung der Erforschung der Hautkonstitution bewegen müssen, und daß die rein klinischen, histologischen und ätiologischen Faktoren nicht den Gesichtspunkt der Konstitution so wie bisher in den Hintergrund drängen dürfen. Damit würde die Dermatologie mehr als bisher einen Anschluß an die allgemeine Medizin gewinnen, da das Forschungsgebiet beider das gleiche wäre. Im Vordergrunde stünden dann die Vererbung und die chemische Erforschung der Haut und der großen Dermatosen bezüglich ihrer Stoffwechselvorgänge usw. Ansätze dazu sind in der Dermatologie schon vorhanden, wenn auch die Methoden noch unvollkommen sind.

Nach Fertigstellung dieser Arbeit erscheint neuerdings die Publikation von Frei und Tachau in der Derm. W., 1923, Bd. 76, Nr. 12, die in teilweiser Übereinstimmung mit uns zu den Fragen der lichenoiden Salvarsanexantheme Stellung nimmt, wenn sie sich auch nur im Gegensatz zu Wirz dafür einsetzt, daß das Bild der von Buschke und Freymann zuerst scharf abgesonderten lichen-ruber-ähnlichen Salvarsanexantheme zu Recht besteht. Ihre Bemerkungen sind auch für unsere Arbeiten wertvoll, umsomehr, als sie Wirz nachweisen, daß selbst seine Fälle unter eine andere Rubrik fallen dürften. Aber auch wenn das nicht der Fall wäre und es sich um sogenannten echten Lichen-ruber-Ausbruch handeln sollte, erscheint uns unsere Veröffentlichung wegen der prinzipiellen Stellungnahme von Wichtigkeit.

Interessant sind auch die Bemerkungen von Jadassohn, die er in der Arbeit von Frei und Tachau folgen läßt. Wir entnehmen daraus, daß auch er die Spezifizität der Hauterscheinungen selbst bei histologischer Übereinstimmung nicht mehr als absolut gesichert hält und sie bei Abweichung von den normalen Typen nicht ausschließt. Freilich hält er noch immer an der Infektionstherapie fest und betont die Möglichkeit des Bestehens eines „toxisch bedingten Doppelgängers", eine Auffassung, gegen die die Provokation eines echten Lichen ruber planus durch Salvarsan an Wahrscheinlichkeit zurücktrete.

Dieser Auffassung können wir uns — wie oben auseinandergesetzt — allerdings nicht anschließen. Es können zwar auch Infektionsvorgänge im Organismus bei bestehender Lichen-Disposition Lichen ruber auslösen, aber wir glauben nicht, daß es einen Lichen ruber sui generis mit bestimmten Infektionserreger gibt. Wenigstens liegen unserer Meinung nach hierfür bisher keine zwingenden Anhaltspunkte vor. Der Lichen ruber scheidet wahrscheinlich auf Grund aller obigen Erwägungen und besonders der lichen-ruber-ähnlichen Salvarsanexantheme aus der Gruppe der spezifischen Dermatosen aus. Er wandelt sich in eine bestimmte, auf einer Konstitution beruhende Reaktionsform der Haut, die besonders leicht auf den homöopathischen Reiz der Arsenmedikation anspricht, aber auch auf verschiedene andere Reize nur wenige charakteristische Effloreszenzen entwickeln kann.

Digitized by Google

Literatur:

Bettmann, Arch. f. Derm., 1905, Bd. 75. — Blaschko, Derm. Zschr., 1923, Bd. 35, S. 222. — Brocq, Besnier und Jacquet, La pratique dermatologique, 1902, Bd. 3. — Buschke, Berl. Derm. Ges. vom 10. V. 1921. Derm. Zschr., 1922, Bd. 35. — Buschke und Freymann, M. Kl., 1921, Nr. 30. — Buschke und Freymann, Derm. W., 1921, Bd. 73, Nr. 36. — Buschke und Langer, Derm. W., 1923, Bd. 76, Nr. 7. — Buschke und Sklarz, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 138. — Danlos, zit. nach Riecke. — Feldmann, Arch. of dermatol., 1922, Bd. 5, Nr. 5. — Fordyce, Arch. of dermatol., 1921, Bd. 3. — Fournier, Diskussion zu Petges. — Feri und Tachau, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 141, Nr. 1. — Galewsky, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 129. — Golay, Ann. de derm. et de syph., 1922, Bd. 3 u. 4, Nr. 8—11. — Greenbaum, Arch. of dermatol., 1922, Bd. 5, Nr. 3. — Harry, Derm. Zschr., 1923, Bd. 37. — Hodara und Behdjet, Derm. W., 1922, Bd. 75. — E. Hoffmann, D. m. W., 1921, Bd. 47, Nr. 36. — Jadassohn, Arch. f. Derm., 1900, Ergänzungsband. — Jadassohn, Ther. Hbm., 1912. — Jordan, Moskauer venerol.-dermatol. Ges., 3. IV. 1921. — Keller, Derm. W., 1922, Bd. 74. — Kiess, Derm. Zschr., 1921, Bd. 33. — Kleeberg, Berl. Derm. Ges. vom 10. V. 1921. Derm. Zschr., 1921, Bd. 35. — Kleeberg, Ther. Hbm., 1921, H. 12. — v. Knobloch, Inaug.-Dissert., Rostock 1907. — Marenbach, Derm. W., 1922, Bd. 75. — Mc Cafferty, Arch. of dermatol., 1922, Bd. 6, Nr. 5. — Montpellier, Lacroix und Boutin, Bull. de la soc., franc. de derm., 1922, Nr. 4. — Naegeli, Schweiz. m. Wschr., 1921, Bd. 51, Nr. 38. — Obermiller, Arch. f. Derm., 1923, Bd. 142, Nr. 2. — Payenreville und Trotabas, Ann. de derm. et de syph., 1922, Bd. 3, Nr. 7. — Petges, Bull. de la soc. franc. de derm., 1921, Nr. 6. — Polland, Derm. Zschr., 1923, Bd. 20. — Rabut und Queyrat, Bull. de la soc. franc. de derm., 1921, Nr. 2. — Riecke, Lichen ruber im Handbuch der Hautkrankheiten, Wien 1905. — Schäfer, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1921, Bd. 2, S. 426. — Sklarz, Derm. W., 1922, Bd. 74, Nr. 17. — Sklarz, Derm. W., 1922, Bd. 74, Nr. 22. — Spitzer, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1921, Bd. 2, S. 160. — Stokes und Cathcart, Arch. of dermatol., 1923, Bd. 7, Nr. 1. — Ullmann, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1922, Bd. 4, S. 98. — Unna, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 138. — Vilas-Boas, Lyon méd., 1922, Bd. 131, Nr. 1. — Welander, zit. bei Riecke. — Williams, Arch. of dermatol., 1922, Bd. 6, Nr. 3. — Whitehouse, Diskussion zu Williams. — Die Literaturangaben der hier nicht aufgeführten Autoren finden sich bei Kiess, Feri und Tachau und bei Riecke.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 11. Januar 1923.

Zum Protokoll zeigt Gastou mit Bezugnahme auf die Mitteilung in der vorigen Sitzung von Soupault und Marceron zwei Röntgenogramme von syphilitischen Osteo-Arthritiden des Knies und schildert die verschiedenen Formen der besonders an den Knien lokalisierten nicht seltenen syphilitischen Arthropathien. Leredde mißt der Frage große Bedeutung zu, da die Gelenksyphilis fast regelmäßig von den Chirurgen verkannt wird; bei jeder Gelenkaffektion muß an Syphilis gedacht werden.

Zum Protokoll der Sitzung vom 9. November bemerkt Dubreuilh, daß der von Hudelo, Richau und Cailliau vorgestellte Kranke dem von ihm früher beschriebenen Ulcus rodens cysticum entspricht. Zystenbildungen sind beim Ulcus rodens fast die Regel, in manchen Fällen scheinen sie den ganzen Tumor zu bilden, sie sind fast niemals ulzeriert. Diese Fälle sind verschieden von dem multiplen benignen zystischen Epitheliom der englischen Autoren.

Digitized by Google

Lortat-Jacob und Paul Lefèvre: **Fall von knötchenförmiger Hautlymphomatose ohne Leukämie** (Un cas de lymphomatose cutanée nodulaire sans leucémie). Bei einer 59jähr. Frau in Ausdehnung einer Handfläche am rechten Bein ein aus einer großen Zahl über das Hautniveau hervorragender Knötchen zusammengesetzter Plaque; die Knötchen haben die Größe einer Erbse bis zu der einer Haselnuß, an der Oberfläche einige weißliche, fest haftende Schuppen. Beim Darüberstreichen fühlt man brettharte, rundliche, knötchenförmige Elemente, in deren Umgebung die Haut ein wenig infiltriert, leicht ödematös ist. Im unteren Abschnitt des rechten Schenkels drei intradermale Knötchen, die das Anfangsstadium der Erkrankung darstellen. Einige kleine Drüsen in der Leiste. Histologisch diffuses Infiltrat des Corpus papillare, des Koriums und eines Teils der Subkutis, das die Anhänge der Epidermis nicht zerstört, die Gewebe infiltriert, sich jedoch nicht an ihre Stelle setzt. Es besteht aus sehr großen, zumeist mononukleären Zellen, deren Kern völlig dem der Bindegewebszellen gleicht; sie sind zum größten Teil rundlich, einzelne leicht fusiform. Sie ähneln sehr den bei Sarkomen vorkommenden, doch vermißt man die bei diesen niemals fehlenden Bluthöhlen. Obgleich das Blutbild keine Leukämie, sondern nur eine leichte Vermehrung der Zahl der Mononukleären ergibt, muß der Fall als Hautlymphomatose aufgefaßt werden. Unter Ruhe ohne weitere Behandlung Besserung, jedoch schnell auftretende Rezidive.

Lortat-Jacob und Fernet: **Fall von Parapsoriasis en gouttes mit Leukodermie** (Un cas de parapsoriasis en gouttes avec leucodermie). Neben typischer Parapsoriasis en gouttes bei einem jungen Menschen von 15 Jahren am Hals, Armen, Achselhöhlen, Unterarmen, Schenkeln Flecke von Leukodermie und Leukomelanodermie, die aus den Parapsoriasiseffloreszenzen entstehen, wie aus einem depigmentierten Saum um eine Effloreszenz am Halse hervorgeht. Leukodermie bei Parapsoriasis ist in Frankreich nicht bekannt, doch werden zahlreiche ähnliche Beobachtungen aus der ausländischen Literatur wiedergegeben. Obgleich einzelne Stigmata kongenitaler Syphilis nicht auszuschließen sind, wird ein syphilitischer Ursprung des Leukodermas abgelehnt. Leredde vermißt die Untersuchung der Spinalflüssigkeit, ohne die Syphilis nicht ausgeschlossen werden kann; in der weiteren Besprechung wird die pathognomonische Bedeutung des Leukodermas am Halse und die Besonderheiten des syphilitischen Leukodermas noch weiter erörtert.

Milian und Rivallier: **Purpura mit Blasen und ekthymaförmigen Ulzerationen bei einem Kranken mit bazillären Drüsenschwellungen** (Purpura bulleux avec ulcérations ecthymatoides chez un sujet atteint d'adénopathies bacillaires). Ulzerationen an Händen und Füßen, die, wie sich an frischen Erscheinungen zeigt, aus Blasen mit entzündlichem Hofe hervorgehen; an beiden Beinen außerdem zahlreiche Purpuraflecke. Starke Drüsenschwellungen am Halse, die schon seit Jahren bestehen. Autoinokulationen ergeben keine Blasen, sondern Pusteln, in denen sich zahlreiche Keime, besonders Strepto- und Staphylokokken finden. Kutireaktion positiv, es entwickeln sich an der Stelle Blasen und Krusten, so daß gleichfalls ein ekthymaartiges Bild entsteht. Die ganze Erkrankung ist mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit als tuberkulöse (Tuberkulid?) aufzufassen.

G. Milian und Lelong: **Polyneuritis nach Salvarsanbehandlung** (Polynévrite après traitement par le 914). Am Schlusse einer kräftigen Salvarsanbehandlung gleichzeitig mit ekzematiformen Hauterscheinungen Auftreten von Kribbeln, Brennen in Füßen und Beinen, ähnlich auch an den oberen Extremitäten, anästhetische Erscheinungen an den betroffenen Partien, wiederholtes Auftreten von Blasen an den Zehen, Hyperidrosis an Beinen und Füßen. Achillessehnenreflex rechts völlig, links fast völlig geschwunden. Polyneuritis nach Salvarsan ist sehr selten.

G. Milian und Lelong: **Kerato-Konjunktivitis der Kornea infolge von Trichophytie** (Kerato-conjonctivite trichophytique de la cornée). Bei einem Kinde mit kongenitaler Syphilis Kerato-Konjunktivitis, die zunächst augenärztlich, dann antisyphilitisch ohne Erfolg behandelt wurde; typische Trichophytie der Augenlider. Der Beweis, daß auch die Augenerkrankung auf der gleichen Ätiologie beruhte, konnte zwar infolge Widerstrebens des Kindes nicht durch Nachweis des Parasiten geliefert werden, doch ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß mit Rücksicht auf die rapide Besserung nach intravenösen Einspritzungen von Lugolscher Lösung.

Hudelo, Richon und Cailliau: **Lymphodermie mit Gefäßneubildungen (angioplastisches Sarkom des lymphoiden Gewebes?)** (Lymphodermie à formations angioplastiques [Sarcome angioplastique du tissu lymphoide?]). Beginn mit juckenden, erythematös schuppenden Läsionen an den Beinen, die sich weiter ausbreiten, mit braunen Krusten bedecken, in der Umgebung harte Lymphstränge, geschwollene Leisten- und

Digitized by Google

Schenkeldrüsen. Später erben- bis haselnußgroße Knoten, die histologisch keine Lymphangiom-Struktur zeigen, Impfung auf Meerschweinchen negativ. WR negativ, Blutbild normal. Tuberkulin-Intradermoreaktion positiv. An der einen Schwellung tritt plötzlich eine Hämorrhagie auf, die zu einer Nekrose führt. Histologisch finden sich Zellen, die zum sarkomatösen Typus zu sich entwickeln; gleichzeitig vaskuläre Neubildung in großem Umfange, die an das angioplastische Sarkom erinnern. Nach längeren Auseinandersetzungen über die differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Affektionen wird die Diagnose eines angioplastischen Sarkoms des lymphoiden Gewebes für das wahrscheinlichste gehalten.

Bernard Ballet: **Zwei Beobachtungen von ausgebreiteter Hauterkrankung nach Anwendung von Umschlägen mit Pikrinsäure** (Deux observations de dermite généralisée consécutive à l'application de pansements à l'acide picrique). In dem einen Falle hatte die Erkrankung mit starken Allgemeinerscheinungen nach Art einer akuten Infektion eingesetzt.

R. Rabut: **Alopecia areata, Vitiligo und Nävi** (Pelade, vitiligo et naevi). Trotz negativer WR wird auf Grund verschiedener Allgemeinsymptome eine kongenitale Syphilis für vorliegend und ätiologisch bedeutsam gehalten; jedenfalls ist für die 3 gleichzeitig vorhandenen, übrigens verschieden lange bestehenden Erscheinungen eine gemeinsame, in der Beschaffenheit des Bodens liegende Ursache anzunehmen.

Pinard, Rabut und Girand: **Vincentsche Angina und Geschwüre am Gliede** (Angine de Vincent et ulcération de la verge). Gleichzeitig mit einer ulzerösen Angina drei oberflächliche Geschwüre am inneren Präputialblatt, woraus die Diagnose einer primären und sekundären Syphilis gestellt und sogleich eine Salvarsaneinspritzung gemacht wurde. Die dabei entnommene Blutprobe ergab jedoch ein negatives Resultat, ebenso die nunmehr vorgenommene Untersuchung auf Spirochäten, Streptobazillen und die Erreger der Vincentschen Angina. Da sich diese jedoch in einer danach auf der anderen Seite aufgetretenen Angina fanden, werden sie auch für die Ätiologie der Genitalgeschwüre, bei denen es sich auch nicht um einen Herpes gehandelt haben kann, in Anspruch genommen.

Gastou und Tissot: **Fall von Leishmaniosis des Gesichts** (Sur un cas de leishmaniose de la face). Entstanden infolge von Moskitostichen, behandelt mit gutem Erfolge mit Einspritzungen eines Antimonpräparates.

P. Gastou und E. Pontoizeau: **Früh- und Spätikterus infolge von Novarsenobenzol** (Ictères précoces et tardifs d'origine novarsénobenzolique). Unter ungefähr 1600 Kranken wurden innerhalb drei Jahren 12 Fälle beobachtet. Die Fälle betrafen größtenteils junge Personen mit manifesten Sekundärerscheinungen, bei denen sie am häufigsten bei einer zweiten oder dritten Wiederholungskur auftraten. Es wird angenommen, daß es sich um eine dann vorliegende latente hepatische oder hepato-renale Insuffizienz handelte; nur in zwei Fällen konnte als prädisponierende Ursache Paludismus nachgewiesen werden. Der Verlauf war stets günstig. Millian betont, daß der 4—6 Wochen nach der Salvarsanbehandlung eintretende Ikterus kein toxischer ist, sondern meist ein syphilitischer; die Fälle von isoliertem Ikterus ohne andere Erscheinungen einer Arsenintoxikation sind stets solche von Lebersyphilis.

Clément Simon: **Über Arsenstomatitis** (Sur la stomatite arsenicale). Mit Bezugnahme auf einen früher veröffentlichten Fall wird gegenüber von anderer Seite ausgesprochenen Zweifeln an dem Vorkommen einer Salvarsanstomatitis diese durch Wiedergabe von zwei Beobachtungen (von W. Heyn, D. m. W., 1922, S. 767) gestützt, in denen neben einer Salvarsandermatitis Erscheinungen an der Mundschleimhaut aufgetreten waren.

Ch. Audry: **Fall von Lichen planus sicher infektiösen Ursprungs** (Sur un cas de lichen plan d'origine évidemment infectieuse). Im Anschluß an eine Verletzung am Ellbogen entwickelte sich ein Lichen planus, dessen erste Effloreszenzen in der Umgebung der Verletzung sich befanden.

L. Chatellier: **Purpura nach Salvarsan mit tödlicher Hämorrhagie der Mundschleimhaut** (Purpura arsénobenzolique, avec stomatorragie mortelle). Mann von 60 Jahren, zweite Kur, besondere Ursachen nicht nachweisbar.

J. Montpellier, A. Lacroix und P. Boutin: **Zur Verödung der Varizen durch intravenöse Einspritzungen von Quecksilberbijodür** (Note au sujet de la fibrose curative des varices par les injections intraveineuses de biiodure de mercure). Die Behandlung ist im Hinblick auf die häufige syphilitische Natur der varikösen Geschwüre gleichzeitig eine spezifische.

Digitized by Google

Ch. Laurent: **Krätze und Psoriasis** (Gale et psoriasis). Beitrag zu dem angeblichen Freibleiben von Psoriatikern von Krätze. 5 Bergleute, von denen zunächst einer an Krätze erkrankt, schlafen zusammen in drei Betten; es erkrankten im ganzen vier von ihnen, während der fünfte, der Erscheinungen von Psoriasis aufweist, frei bleibt.

J. Jacobson: **Ulzeration tuberkulösen Charakters mit intramuskulären Einspritzungen von zimmtsaurem Benzyl-Äther behandelt** (Ulcération de nature tuberculeuse traitée par des injections intramusculaires d'éther-benzyl-cinnamique). Seit vier Jahren subkutane Knötchen an beiden Beinen, die sich allmählich vergrößerten und oberflächlich wurden; im Anschluß an einen Stoß traten kleine Geschwüre auf, die mit der Zeit konfluierten und eine große Ulzeration bildeten. Um diese herum war die Haut lebhaft rot, infiltriert, ödematös. Unter der angegebenen Behandlung schwanden die Knötchen in $2^1/_2$, die Ulzeration in 8 Monaten. Darier glaubt, daß es sich nicht um tuberkulöse Geschwüre im eigentlichen Sinne, auch nicht um tuberkulöse Gummen gehandelt habe, sondern um ulzeriertes Erythema induratum vom Typus Hutchinson.

Sitzung vom 8. Februar 1923.

Jeanselme: **Internationale Vereinigung gegen die Gefahren der Geschlechtskrankheiten** (Union Internationale contre le Péril Vénérien). Mitteilung über die am 28. Januar d. J. durch Zusammenschluß der nationalen Gesellschaften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Liga der Gesellschaften vom Roten Kreuz gebildete Gesellschaft, deren Sitz in Paris ist.

J. Belot und L. Nahan: **Entwicklung eines Epithelioms auf einem Keloid** (Epithélioma développé sur chéloide). Zwei Jahre, nachdem das Keloid mit Röntgenstrahlen behandelt und fast zum Schwinden gebracht worden war, trat der Kranke mit einem Epitheliom (zystisches Basalzellenepitheliom) wieder in Behandlung. Die Annahme, daß die Röntgenbehandlung die Epitheliombildung veranlaßt habe, wird mit Bezugnahme auf die zahlreichen, ohne spätere Epitheliombildung mit Röntgen behandelten Fälle von Keloiden abgelehnt, vielmehr auf die häufige Entwicklung von Neubildungen in Narben verwiesen.

Clément Simon und J. Bralez: **Fall von Urticaria pigmentosa bei einem Manne von 52 Jahren** (Un cas d'urticaire pigmentaire apparue chez un homme de 52 ans). Als Besonderheit des Falles wird das späte Auftreten im Alter von 52 Jahren hervorgehoben, ferner zeigen einige Effloreszenzen ein leicht atrophisches Zentrum; WR war vorher positiv, einige Zeit vor Beginn der Erkrankung bestanden schwere Magenstörungen.

Hudelo, Clément Simon und Richon: **Wismutstomatitis und Erythrodermie** (Stomatite bismuthique avec érythrodermie cutanée). Die Wismutbehandlung war bei einer Kranken eingeleitet worden, die vorher auf Salvarsanbehandlung mit Kopfschmerzen und Durchfall reagiert hatte. Gegen die Annahme, daß auch die ausgebreitete Hauterkrankung als Salvarsanwirkung aufzufassen sei, spricht das Auftreten $2^1/_2$ Monate nach Aussetzen derselben, das Freisein des Gesichts, das Fehlen von Ödem und Nässen, geringe Störung des Allgemeinbefindens. Ebensowenig handelte es sich um eine zufällige seborrhoische Affektion. Dagegen bestand große Ähnlichkeit mit den merkuriellen Dermatitiden.

Hudelo, Sabouraud und Richon: **Trichophytie des behaarten Kopfes (Trichophyton violaceum) bei einer russischen Jüdin von 55 Jahren** (Tricophytie du cuir chevelu [Tricophyton violaceum] chez une Israélite russe de 55 ans). An den kahlen Stellen auffallend viel gesunde Haare, wenig abgebrochene. Die Erkrankung hat sich offenbar aus der Schulzeit bis in das erwachsene Alter erhalten.

Bernard Ballet: **Fall von bei einem Manne von 22 Jahren plötzlich aufgetretener allgemeiner Leukonychie** (Un cas de leuconychie généralisée et apparue rapidement chez un homme de 22 ans). Die Erkrankung stellt eine trophische Störung im Anschluß an dyspeptische Störungen bei einer Amöbenenteritis dar.

Jeanselme und Marcel Bloch: **Idiopathisches Abbrechen der Haare** (Trichoclasie idiopathique). Bei zwei jungen Mädchen findet sich fast an der gleichen Stelle eine ovaläre Fläche von ungefähr 5 : 10 cm im Durchmesser mit kurzen, abgebrochenen, im übrigen völlig normalen Haaren. Eine in dem allgemeinen Gesundheitszustand beruhende Ursache konnte nicht aufgefunden werden. Sabouraud glaubt, daß es sich in solchen Fällen bisweilen um eine Neurodermitis handelt.

Jeanselme und Marcel Bloch: **Favuseffloreszenzen der unbehaarten Haut ohne Skutula. Epidemie von 5 Fällen** (Efflorescences faviques de la peau glabre sans godets. A propos d'une petite épidémie de 5 cas). Erkrankung bei 5 Insassinnen

Digitized by Google

eines Krankenhauses; bei der einen wurde dann ein alter Herd auf dem behaarten Kopfe aufgefunden; mit dem Auftreten der Hauteffloreszenzen bei ihr war die Erkrankung der anderen Personen zusammengefallen. Es spricht das gegen die gewöhnlich geringe Kontagiosität des Favus.

Jeanselme, Marcel Bloch und J. Hutinel: **Ausgebreitete Hautmykose (wahrscheinlich Trichophytie) tierischen Ursprungs** (Epidermycose disséminée trichophytie probable d'origine animale). Bei einem 15jähr. Kuhhirten finden sich zahlreiche rote, schuppende Herde mit landkartenförmiger Begrenzung; in den Schuppen, die stellenweise charakteristische konzentrische Kreise bilden, finden sich sehr reichliche verzweigte Myzelien und ovoide Sporen.

Jeanselme, Burnier und Rejsek: **Zwei Fälle von Sclerodermie en plaques unter einer von vornherein mit Dystrophie und Atrophie auftretenden Form** (Deux cas de sclérodermie en plaques à forme dyschromique et atrophique d'emblée). Bei zwei Frauen symmetrische dyschromische und atrophische Läsionen an den Schenkeln und am Abdomen, ohne daß vorher die für Sklerodermie charakteristische Hautveränderung vorhanden gewesen wäre; derartige Fälle sind auch unter dem Namen Morphoea alba atrophica beschrieben worden. Sie bilden ein Bindeglied zwischen den gewöhnlichen Formen der Sclerodermie en plaques und den umschriebenen Hautatrophien.

Bernard Ballet: **Andeutung von Polyneuritis gleichzeitig mit erythematöseschuppender Dermatitis nach einer Serie von Novarsenobenzol** (Ebauche de polynévrite coincidant avec une dermite érythémato-squameuse après une série de novarsénobenzol). Nach vier Einspritzungen Kribbeln in den Fingern, Fortsetzung der Behandlung mit grauem Öl, nach der zweiten Einspritzung desselben Dermatitis. Kribbeln zu dieser Zeit in allen Fingern und Zehen, geringe Motilitätsstörungen. Hypästhesie an der Pulpa der Finger und der ganzen Plantarfläche. Sehnenreflexe normal.

Burnier und Rejsek: **Multiple Tumoren des behaarten Kopfes** (Tumeurs multiples du cuir chevelu). Der ganze Kopf ist mit dicht aneinander gedrängten Tumoren bedeckt, im Gesicht finden sich in ausgedehntem Maße gelbliche Erhabenheiten bis zu Linsengröße, die den Eindruck von Adenoma sebaceum machen. Die Tumoren des Kopfes erweisen sich histologisch als Zylindrome, stellen ein fortgeschrittenes Stadium der als Adenoma sebaceum beginnenden Läsion dar.

Burnier und Rejsek: **Fall von Darierscher Krankheit** (Un cas de maladie de Darier). Auftreten im Alter von 24 Jahren bei einer Person von geringer geistiger Entwicklung; keine Heredität, Zeichen kongenitaler Syphilis, WR positiv.

Paul Vigne und E. Pringault: **Subkutanes Gummi mit Leishmania-Parasiten** (Gomme sous-cutanée à Leishmanias). Bei einer Pat. mit Orientbeulen an beiden Armen zeigte sich links, zwei Monate nachdem hier eine Exstirpation der nicht ulzerierten Tumoren stattgefunden hatte, in der Nähe des Ellbogens ein subkutaner Knoten, der unter der Haut völlig frei beweglich ist. Er stellt sich histologisch als Beginn einer Orientbeule dar und enthält reichlich Parasiten in dem nekrotischen Zentrum.

Ch. Laurent: **Nach über 1 Jahr lang negativer WR rezidivierende kontagiöse Erscheinungen** (Réaction de Wassermann négative pendant plus d'une année et récidive d'accidens contagieux). Mit 3 Salvarsankuren in längeren Abständen behandelte Syphilis bleibt über ein Jahr nach der letzten Kur seronegativ und zeigt dann, 7 Monate nach der letzten Untersuchung, ungefähr 2 Jahre nach Abschluß der letzten Kur, Plaques muqueuses und wieder positiv gewordene WR. Es wird daraus auf eine Unzuverlässigkeit der WR geschlossen.

E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Technik und Methodik der Bakteriologie und Serologie, von M. Klimmer-Dresden. (Julius Springer, Berlin 1923.) Das vorliegende Buch soll kein Lehrbuch der Bakteriologie und Serologie, sondern dem Geübten ein Nachschlagebuch zur raschen Orientierung sein und dem weniger Geübten und Anfänger Anleitung für praktische Arbeiten geben. Dieser Aufgabe wird es in vollem Umfange gerecht. Im allgemeinen Teil werden die wichtigsten Laboratoriumsgegenstände besprochen. Der bakteriologische Teil enthält alles für die mikroskopische und kulturelle Untersuchung Wissenswerte in klarer und kurzer Ausdrucksweise dargestellt. Im letzten Kapitel werden die wichtigsten serologischen Methoden angeführt. Die neuesten Reaktionen — ich denke an die Trübungs-

Digitized by Google

reaktion nach Meinicke und an die Bruckesche Zentrifugiermethode — sind nicht berücksichtigt, wie überhaupt der serologische Teil wahrscheinlich mit Rücksicht auf den Umfang des Buches nur in alleräußerster Kürze dargestellt ist. Doch die zahlreichen Literaturangaben ermöglichen das rasche Auffinden der betreffenden Originalartikel. Die sehr zahlreichen Abbildungen, der Druck und das Papier sind recht gut.

F. Harry-Wiesbaden.

Über Hysterie, von Ernst Kretschmer-Tübingen. (Georg Thieme, Leipzig 1923.) In der Einleitung bespricht Verf. den modernen Begriff der Hysterie, welche demnach kein einfaches klinisches Krankheitsbild, sondern eine besondere Form psychischer Disposition, eine besondere Art psychischer Reaktionsform ist. Hysterisch sind vorwiegend solche psychogenen Reaktionsformen zu nennen, wo eine Verstellungstendenz sich instinktiv, reflexmäßig oder sonstwie biologisch vorgebildeter Mechanismen bedient. Die Frage lautet nicht mehr: wo hat der hysterische Reaktionstypus seine Grenzlinien, sondern: wo hat er seine Grenzgebiete. Die wichtigsten Grenzgebiete liegen dort, wo die beiden Hauptbestimmungen dieses Typus sich nicht mehr decken: also dort, wo zwar eine Krankheitstendenz deutlich durchschimmert, aber ohne sich wesentlich vorgebildeter Mechanismen zu bedienen; andererseits dort, wo zwar in psychogenen Reaktionen dieselben vorgebildeten Mechanismen auftreten, wie in der Hysterie, doch ohne deutliche Tendenz. In den zwei Hauptteilen des vorliegenden Buches wird nun versucht, das Hysterieproblem I. in seinen Beziehungen zum Instinkt- und Triebleben und II. die psychologische Dynamik der Hysterie zu ergründen, d. h. zu erklären, auf welchen speziellen Wegen sich seelische Tendenzen beim Menschen der alten, vorgebildeten Mechanismen bedienen. Weshalb die Hysterischen mit zunehmendem Lebensalter mehr und mehr aus dem Patientenmaterial verschwinden, wird damit erklärt, daß die leichteren Pubertätsentwicklungshemmungen sich später meist doch noch ausgleichen und manche anderen Hysterien überhaupt keinen ernstlich abnormen Konstitutionsboden haben, sondern als zufällige Instinktreaktionen gegen widrige Erlebnis- und Milieuwirkungen bei Kindern und Jugendlichen vorübergehend hervortreten. Der II. Teil (die psychophysische Dynamik der Hysterie) umfaßt folgende Kapitel: Die hysterische Gewöhnung (3. Kapitel), die Gesetze der willkürlichen Reflexverstärkung (4. Kapitel); meist müssen affektive Gelegenheitsreize erst den Reflexapparat zum Anlaufen bringen, worauf dann die Willenstendenz verstärkend angreift. Man kann aber, wenn auch selten, schöne Vollhysteriker auf der Grundlage schwerer Entartung antreffen, die ohne viel äußeren Anlaß zu allen Zeiten auf ihrem Reflexapparat spielen können, wie der Virtuose auf dem Klavier. Das 5. Kapitel bespricht die Willensapparate des Hysterischen; die Hysterischen sind meist nicht willens-, sondern zweckschwach, und der Zustand der Zweckschwäche entspringt einer gesetzmäßigen Proportion zwischen Reizstärke und seelischer Anlage: je stärker der Reizstoß, desto weniger braucht es eine Schwäche des nervösen Apparats, um die Zwecksphäre mattzusetzen — innige klinische Affinität der hysterischen Mechanismen zu den akuten Schreck- und Paniksyndromen. Das letzte (6.) Kapitel handelt von den Erlebnisverwandlungen, woraus der inneren Erlebnisabwehr, der Verdrängungserscheinungen, der Katathymie (Prinzip der Affektgemeinschaft und Affektgemäßheit) gedacht sei. Auf weitere Einzelheiten des außerordentlich lesenswerten Buches einzugehen, würde den Rahmen eines kurzen Berichtes übersteigen.

M. Stern-München.

Die Geschlechtsschwäche, laienverständlich dargestellt von Orlowski-Berlin. (Ärztliche Beratung zur Ergänzung der Sprechstunde, Nr. 10.) (2. ergänzte Aufl., Curt Kabitzsch, Leipzig 1923.) Das ziemlich subjektiv gehaltene, aber für Laien wie Ärzte recht lesenswerte Büchlein bringt im I. Kapitel eine Abhandlung über die normale Geschlechtskraft, das II. Kapitel die Ursachen der Geschlechtsschwäche. Die Onanie bringt bei der Mehrzahl der Menschen gar keinen Schaden, jedenfalls aber hat sie nie Rückenmarks- oder Gehirnkrankheiten zur Folge; psychisch kann aber lang fortgesetzte Onanie sehr niederdrückend wirken. Viel schlimmer ist der Coitus interruptus: bei längerer Ausübung hat er fast stets Impotenz zur Folge. Allgemeine Krankheiten, wie Fettsucht, Brightsche Krankheit, Diabetes, besonders letzterer könnten nicht gar selten Ursache der Geschlechtsschwäche sein. III. Kapitel: Die Erscheinungen der Geschlechtsschwäche. IV. Kapitel: Geschlechtsschwäche und Zeugungsunfähigkeit. V. Kapitel: Die Behandlung der Geschlechtsschwäche bildet das Schluß- und umfangreichste Kapitel. Von medikamentösen Mitteln, deren bekanntlich eine recht stattliche Anzahl immer von neuem auf den Markt gebracht werden, hält Orlowski gar nichts, höchstens daß sie suggestiv eine vorübergehende Anregung der

Digitized by Google

Geschlechtskraft bewirken, ebensowenig von einer bestimmten Diät; Alkohol z. B. ist ein zweischneidiges Schwert, das nicht vorsichtig genug gehandhabt werden kann und bei regelrechter Impotenzbehandlung sogar meist streng zu verbieten ist. Bei psychischer Impotenz muß eine vor allen Dingen seelische Behandlung Platz greifen, grundsätzlich macht Orlowski aber von der Hypnose keinen Gebrauch mehr. Als eine der wirksamsten Behandlungsarten ist die indirekte (reflektorische) anzusehen. Der Punkt, der eine ganz besonders wirksame indirekte Behandlung des Rückenmarkes ermöglicht, ist der Samenhügel in der hinteren Harnröhre, der in vielen Fällen von Impotenz vergrößert ist und durch geeignete operative Eingriffe wieder zu seiner normalen Gestalt zurückgebracht werden kann (endoskopische Ätzung auf chemischem oder galvanokaustischem Wege). Die Erfolge dieser Operation, die eventuell wiederholt werden muß, sind oft erstaunlich. Die direkte Behandlung des Rückenmarkes und Gehirns durch den galvanischen Strom wird vielfach angewandt; Orlowski ist von seiner Wirksamkeit nicht sehr überzeugt, zweckmäßiger erscheint ihm die Hochfrequenzelektrizität. Bei jedem Impotenten muß schließlich sorgfältige Allgemeinbehandlung einsetzen, bei besonders schweren Fällen in geschlossener Heilanstalt; Licht-, Luft-, Sonnenbäder mit Wasseranwendungen, geregelte Diät, in anderen Fällen sogenannte Mastkur mit üppiger Ernährung, Bettruhe, systematischer Massage. Allzu häufige Pollutionen sind oft bedingt durch Samenblasenerschlaffung, gegen welche Faradisation vom Mastdarm aus wirksam ist; galvanische Elektrisierung der Wirbelsäule sind bei gesteigerter Reizbarkeit des Rückenmarkes und innere Mittel, welche die geschlechtliche Reizbarkeit herabsetzen, in Betracht zu ziehen. Bei allgemeinen Schwächezuständen besondere Ernährungsvorschriften, zweckmäßige Wasseranwendungen, körperliche und eventuell geistige Ruhe, stärkende Medikamente usw. je nach Lage des besonderen Falles; die Heilerfolge sind nach Verf.s Erfahrungen immer sehr günstig. M. Stern-München.

Behandlung der Gonorrhoe und Syphilis mit Eigenblut, von Julius Pollak-Tetschen a. E. (Med.-biolog. Verlag G. m. b. H., Dresden 1922.) Ausgehend von dem Gedanken, daß Gonorrhoe und Lues Allgemeinerkrankungen sind, kommt Verf. dazu, fast jede lokale und chemo-therapeutische Maßnahme zu verwerfen und tritt für die Eigenblutbehandlung ein, die er in manchen Luesfällen noch von einer geeigneten Lichttherapie unterstützt wünscht. E. Langer-Berlin.

Rezepttaschenbuch sparsamer Arzneiverordnungen für Privat- und Kassenpraxis, von Franz Müller-Berlin und Alfons Koffka-Berlin-Wilmersdorf. (Preise nach dem Stande vom 1. Januar 1923.) (4. Aufl. Georg Thieme, Leipzig 1923.) In handlicher Form und übersichtlicher Anordnung bringen die Verf. eine reichhaltige Auswahl der gebräuchlichsten Rezepte, nach den verschiedenen Disziplinen gesondert. Neu ist — und das gibt dem Büchlein seinen besonderen Wert — daß der größte Nachdruck auf billigste Verordnungsform gelegt ist, ein Ziel, das bei den heutigen Arzneimittelpreisen nicht nur in der Kassenpraxis anzustreben ist. Liebt man die eleganteren Originalpräparate, so findet man auch diese, jedesmal neben dem billigeren Rezept. So ist jeder Geschmacksrichtung Rechnung getragen; das Taschenbuch wird jedem Praktiker — nicht nur dem Anfänger! — ein guter Berater sein, besonders in der heutigen Zeit. F. Landauer-Berlin.

Dermatologische Heilmittel (Pharmacopoea dermatologica), von S. Jessner-Königsberg. (Verlag von Curt Kabitzsch, Leipzig 1923.) Bereits in 4. Aufl. erscheint das Büchlein, das dazu bestimmt ist, dem Praktiker die notwendigsten und vom Verf. erprobten und als am besten erkannten dermatologischen Heilmittel an die Hand zu geben Die Arzneimittel sind ihrer klinischen Bedeutung entsprechend eingeordnet. Nur das Wesentlichste ist hervorgehoben und in seinem Wert beurteilt, all die vielen mit Reklame angepriesenen, vielfach nur oberflächlich geprüften Fabrikwaren sind, um den Text nicht unnötig zu belasten, fortgelassen. So kann man das schlichte Büchlein, dessen großer Wert nicht in seiner Aufmachung, sondern im Inhalt liegt, nicht nur jedem Praktiker, sondern ganz besonders auch jedem Dermatotherapeuten aufs wärmste empfehlen. Der Preis ist mäßig, Grundzahl = 2. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Maligne Neubildungen.

Beobachtungen über die Einwirkung des Aufhörens des Reizes auf die Entwicklung des experimentellen Teerkrebses (Observations on the Effect of Cessation of the Irritant on the Development of Experimental Tar Cancer), von ARCHIBALD LEITCH-London. (Brit. m. J., 9. Dez. 1922.) Untersuchungen an Mäusen ergaben, daß, wenn nach einer eine Zeitlang wiederholten Applikation von Teer das Reizmittel entfernt wird, doch zu einer späteren Zeit Tumoren, auch Karzinome auftreten können. Es ist möglich, die geringste Dauer der Reizeinwirkung festzustellen, die nötig ist, um Krebs hervorzurufen, danach kann man sich ein Bild von der bis zu seinem Erscheinen verstreichenden Latenzperiode machen. In den bereits durch den Reiz in ihrer Funktion veränderten Zellen sind mikroskopisch keine Veränderungen nachzuweisen.

E. Levin-Berlin.

Paraffinkrebs und seine experimentelle Erzeugung (Paraffin Cancer and its Experimental Production), von ARCHIBALD LEITCH-London. (Brit. m. J., 9. Dez. 1922.) Die Paraffinkrebse haben die Eigentümlichkeit, daß sie an Stellen auftreten, die für Plattenzellenkrebse, die nicht mit endgültigen Formen von Reizung verbunden sind, ungewöhnlich sind, daß sie häufig multipel sind, daß gewöhnlich Warzen oder andere Hyperplasien ihnen vorausgehen oder sie begleiten, daß sie oft nur einen geringen Grad von Malignität zeigen und daß sie erst nach einer mehrjährigen Einwirkung der schädigenden Substanz zur Entwicklung kommen. Im allgemeinen hält man diese jedoch nicht für die unmittelbare, sondern nur für die für eine andere zur Zeit noch mysteriöse Ursache prädisponierende. Zur Klärung dieser Frage wurden Versuche mit verschiedenen Rohprodukten der Paraffinindustrie unternommen, die bei Ratten, Meerschweinchen, Kaninchen negative, bei Mäusen positive Resultate ergaben. Es traten bei 30 von diesen, die unter 74 eine Behandlung von 10 Tagen überlebten, tumorartige Bildungen auf, die zum Teil als sicher maligne bezeichnet werden konnten. Dabei waren soweit wie irgend möglich alle akzessorischen Faktoren ausgeschaltet worden, die beim Menschen die Beurteilung erschweren, so daß von einer wirklichen, im Gegensatz zu einer prädisponierenden stehenden Ursache des Krebses gesprochen werden kann.

E. Levin-Berlin.

Der Teerkrebs bei der Maus (Le cancer du goudron chez la souris), von GUSTAVE ROUSSY, ROGER LEROUX und EDOUARD PEYRE. (Presse méd., 1922, Nr. 98.) Zum Zwecke des Studiums der Entstehung von Tumoren wurden 509 weiße Mäuse der methodischen Einwirkung des Steinkohlenteers unterworfen. Die erzeugten Hautveränderungen erscheinen gewöhnlich in einer nur wenig wechselnden Reihenfolge. Zuerst einfache Alopezie, an der man mikroskopisch entweder eine Atrophie der Haarfollikel mit intensiver entzündlicher Reaktion des Koriums mit Polynukleären oder eine Atrophie ohne entzündliche Reaktion findet. Die Alopezie erscheint gewöhnlich am 3. bis 6. Tage, nach ungefähr 100 Tagen wird die Stelle runzlig, zeigt kleine hornige Erhabenheiten, die sich zu papillären Bildungen entwickeln, bisweilen entstehen wirkliche Papillome, dann ziemlich plötzlich Keratosen von sehr verschiedenem Aussehen und Dimensionen, schließlich verhornte oder nichtverhornte Epitheliome, deren Natur makroskopisch sehr schwer zu bestimmen ist; eine indurierte, mit den darunterliegenden Geweben verbundene und auf ihnen verschiebliche Basis scheint für die Annahme der Malignität von einem gewissen Werte zu sein. Ulzerationen sind häufig, und zwar in allen Stadien. Mikroskopisch läßt sich die Entwicklung der verschiedenen Stadien auseinander nicht verfolgen. An den beginnenden Läsionen unterscheidet man drei wohldifferenzierte Typen einer atrophischen, dystrophischen, hypertrophischen Epidermitis. Im Korium finden sich außer den entzündlichen Erscheinungen häufig voluminöse, rundliche, mit Teerpartikeln angefüllte Zellen, bei denen es sich möglicherweise um ausgewanderte Basalzellen handelt. Die Tumoren sind zum Teil zweifellos benigne bzw. maligne, zahlreiche Tumoren stehen jedoch in der Mitte zwischen ihnen. Die Untersuchung der Krebsgeschwülste zeigte bisweilen eine aus Epithel- und Bindegewebe zusammengesetzte Struktur: Epitheliosarkome; wenigstens für einen Teil von ihnen ist jedoch anzunehmen, daß es sich um Tumoren einheitlichen Gewebes, um Epitheliome handelt, die an gewissen Stellen ein fusozelluläres Aussehen annehmen. Zur Abwehr gegen den Teerkrebs konnten verschiedene örtliche Reaktionen gefunden werden, und zwar solche des

Digitized by Google

Bindegewebes von metaplastischem und solche von polynukleärem Typus. Bei der Entstehung des experimentellen Teerkrebses spielt das Terrain eine unzweifelhafte Rolle, es besteht eine gewissen Individuen eigene natürliche Immunität ebenso wie für den durch Impfung übertragenen Krebs. Die durch beide geschaffenen biologischen Verhältnisse sind jedoch verschieden, eine gegenseitige Immunisierung findet nicht statt. Treten im Beginn der Teerbehandlung multiple Tumoren auf, so entwickeln sich diese gewöhnlich zu malignen Geschwülsten, handelt es sich nur um eine Geschwulst, so ist es meist eine gutartige. E. Levin-Berlin.

Experimenteller Rußkrebs (Experimental Soot Cancer), von R. D. Passeu-London. (Brit. m. J., 9. Dez. 1922.) Mit verschiedenen aus meist ätherischen Rußextrakten hergestellten Lösungen und Pasten wurden weiße Mäuse 2—3mal wöchentlich an enthaarten Stellen eingepinselt. Wirksam erwies sich ein basisches ätherlösliches Präparat, nach dem innerhalb 10 Wochen nach 31 Anwendungen die ersten Warzen auftraten. Nach 3 Monaten fanden sich solche bei 16 = 88% der überlebenden Mäusen, und am Ende des 3. Monats zeigten 50% der überlebenden maligne Neubildungen. In einer 2. Versuchsreihe wurde die Frage, ob vielleicht bei der Erzeugung von Krebs als weiterer mitbestimmender Faktor das fettlösliche Vitamin eine Rolle spiele dahin, entschieden, daß dies nicht der Fall ist, da unter den überlebenden Mäusen 42,3% der mit vitaminreicher und 47% der mit vitaminarmer Kost gefütterten maligne Tumoren aufwiesen, deren Typus übrigens ganz der gleiche war. Diese Untersuchungen stellen die ersten dar, in denen experimentelle Krebserzeugung mit Ruß gelungen ist. E. Levin-Berlin.

Gewerbliche Krebsgeschwüre (Epitheliomatous Ulceration in Industry), von T. M. Legge. (Brit. m. J., 9. Dez. 1922.) Bericht eines Gewerbearztes über die bei mit Pech, Teer, Paraffin in Fabriken beschäftigten Arbeitern beobachteten Erkrankungen. Fälle von Anilinkrebs der Blase wurden nicht berichtet. E. Levin-Berlin.

Über den Gewerbekrebs der Paraffin- und Ölarbeiter in der schottischen Petroleum-Industrie (On the Occupation Cancer of the Paraffin and Oil Workers of the Scottish Shale Oil Industry), von Alexander Scott. (Brit. m. J., 9. Dez. 1922.) Bei den in Frage stehenden Arbeitern kommen folgende Hautaffektionen zur Beobachtung: Komedonen, Follikulitis und Perifollikulitis, pustulöse Dermatitis, einfaches Erythem, Erythema papulatum, Dermatitis erythematosa, Epitheliome. Letztere nur bei Arbeitern vom mittleren Lebensalter an, die mindestens 20 Jahre in der Beschäftigung stehen; sie schließen sich gewöhnlich an vorhergehende chronische Dermatitis und indurierte Papeln an. Innerhalb 20 Jahren erkrankten unter den Ölarbeitern ungefähr $1^1/_2$% an Krebs, also weniger als 0,1% jährlich. Die Erkrankung befand sich bei 63% der Paraffinarbeiter an Händen und Armen, während bei den Ölarbeitern am häufigsten das Skrotum (61%) Sitz der Erkrankung war. Prädisponierend für den Paraffinarbeiterkrebs kommen Alter, Länge der Beschäftigung, Idiosynkrasie in Betracht. E. Levin-Berlin.

Experimentelle Erzeugung von Krebs durch Arsen (Experimental Production of Cancer by Arsenic), von Archibald Leitch und E. L. Kennaway-London. (Brit. m. J., 9. Dez. 1922.) Obwohl Verf. die von anderer Seite geäußerte Annahme, daß das Auftreten maligner Tumoren bei Psoriatikern mit der voraufgehenden Arsenmedikation im Zusammenhang stehe, nicht für wahrscheinlich hielten, unternahmen sie Versuche, mittels Arsen Tumoren experimentell zu erzeugen. Nachdem Fütterungsversuche an Mäusen ergebnislos geblieben waren, wurde bei weiteren 100 eine Arsenlösung in die enthaarte Haut eingepinselt. Nach 3 Monaten waren $^2/_3$ der Tiere eingegangen, bei einer der Überlebenden zeigten sich warzenartige Gebilde, von denen sich besonders eine mehr vergrößerte und schließlich auch subkutane Induration aufwies. Nach Tötung des Tieres ergab die histologische Untersuchung diese Geschwulst als typisches Plattenzellenkarzinom mit Zellnesterbildung, das sich im Unterhautzellgewebe ausgebreitet und den darunterliegenden Muskel infiltriert hatte. Ferner fand sich ein metastatischer Knoten von ganz gleichem Bau in der Lunge. Nach der Art und Zeit des Auftretens und bei der außerordentlichen Seltenheit von Epitheliomen auf der Haut von Mäusen kann es keinem Zweifel unterliegen, daß es sich hier um einen experimentell durch Arsen erzeugten Krebs handelt. E. Levin-Berlin.

Präkanzeröse Dermatosen (Precancerous Dermatoses), von Walter J. Highman-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 7.) Eine sichere Diagnose des präkanzerösen Zustandes kann eigentlich erst gestellt werden, wenn die Malignität der Affektion eingetreten ist. Die im allgemeinen als präkanzeröse Dermatosen zu bezeich-

Digitized by Google

nenden Hautveränderungen, die eine mehr oder weniger direkte ursächliche Beziehung zur Malignität zu besitzen scheinen, lassen sich in fünf relativ gut definierte Gruppen teilen: 1. Kongenitale Anomalien (Nävi, Dermoide, Sebumzysten): 2. Infektionen (Tuberkulose, Syphilis); 3. Reizungen (mechanische, Sonnen- und andere Strahlen, chemische, präexistierende Dermatosen, z. B. Seborrhoe, Psoriasis, Lupus erythematosus); 4. regressive Veränderungen; 5. unklassifizierte Hauthörner als Folge von Lupus, Darierscher Krankheit, Bowensche Krankheit, Pagets disease, Xeroderma pigmentosum, zurückzuführen auf kongenitale Anomalien und regressive Veränderungen. E. Levin-Berlin.

Diskussion über Hautkrebs auf dem Kongreß der Medizinischen Akademie von New York am 21. April 1921 (Symposium on Cancer of the Skin. Held at a Stated Meeting of the New York Academy of Medicine, 21. April 1921). (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 7.) Nach Vorführung von Lichtbildern über die Klinik und Histologie der Lippen- und Zungenkrebse werden in eingehender Besprechung die Ansichten verschiedener Autoren über die Behandlung dieser und der Hautkrebse dargelegt. Abwägung der Vor- und Nachteile der operativen Behandlung, der Anwendung von Röntgenstrahlen, Radium, Elektrokoagulation. Die verschiedenen Formen sind in dieser Beziehung verschieden zu bewerten. Weitere Auseinandersetzungen beziehen sich auf den Begriff und die Bedeutung der präkanzerösen Zustände.
E. Levin-Berlin.

Der therapeutische Gesichtspunkt der Strahlenbehandlung bei oberflächlichen Neubildungen bösartiger Natur (The Therapeutic Aspect of Irradiation in Superficial Malignancy), von A. Soiland-Los Angeles. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 20, S. 1560.) Was die Lokalisation des Oberflächenkarzinoms betrifft, so ist keine Stelle von demselben verschont, Gesicht und Kopf sind jedoch die meist befallenen. Eine rationelle Behandlung muß sodann Ausdehnung und genauen Sitz des Krebsherdes feststellen und denselben so genügend (mit Röntgenstrahlen oder Radium) bestrahlen, um jede pathologische Zelle innerhalb dieses Feldes zu töten — womöglich mit einer einzigen Krebsdosis. Zu diesem Zwecke hat S. alle weichen Strahlen ausgeschaltet, nur harte Beta- und Gammastrahlen angewendet. Große Vorsicht ist nötig, wenn es sich um Hautstellen, die über Knochen und Knorpel liegen, speziell an Nase und Ohren, handelt.
M. Stern-München.

Die Behandlung des Hautkrebses mit Röntgenstrahlen, Radium und Elektrokoagulation (The Treatment of Skin Cancer by X-Rays, Radium and Electrocoagulation), von George E. Pfahler-Philadelphia. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 10.) Präkanzeröse Läsionen, wie Warzen, Mäler, Keratosen, schlecht heilende Fissuren, sollen durch Elektrokoagulation zerstört werden, wodurch viele Krebse vermieden werden können. Jeder Fall von Epitheliom muß vollkommen behandelt und gänzlich auf einmal beseitigt werden, stückweise Zerstörung ist unangebracht. Die sorgfältige Anwendung von Radium ist die beste Heilmethode des Krebses. In allen vorgeschrittenen Fällen können im allgemeinen zwei oder mehrere Methoden zur vollkommenen Beseitigung der Krankheit kombiniert werden. E. Levin-Berlin.

Röntgen-Krebs (X-Ray Cancer), von Cecil Rowntree-London. (Brit. m. J., 9. Dez. 1922.) Der Röntgenkrebs ist das einzige einwandfreie und wohldefinierte Beispiel der experimentellen Krebserzeugung beim Menschen. E. Levin-Berlin.

Karzinom und Reizbestrahlung, von F. von der Hütten, Chir. Univ.-Kl. Gießen. (Strahlenther., Bd. 13, H. 1, S. 197.) Theoretischer Beitrag zum Krebsproblem.
G. W. Unna.

Eine klinische Studie über Nasenkrebs (A Clinical Study of Carcinoma of the Nose), von R. L. Sutton. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 20, S. 1561.) Bei der Durchsicht von 1000 Fällen Gesichts- und Kopfkrebs war S. überrascht, in mehr als 25% der Fälle die Nase allein befallen zu sehen; von den 50 Fällen, die als besonders typisch für diese Arbeit ausgewählt wurden, waren 42 (84%) männliche Patienten und 36 der Patienten hatten ihr ganzes oder nahezu ganzes Leben auf Landgütern oder Farmen zugebracht. Die anatomische Lokalisation war eine wechselnde, die Spitze am häufigsten affiziert (in 28 Fällen) und die Nasenbasis nur einmal (als Folge einer Dermoidzyste). Von prädisponierenden Faktoren kommen als häufigster ätiologisch lange fortgesetzter und wiederholter Sonnenbrand mit oder ohne nachfolgende seborrhoische Keratitis in Betracht, dann Trauma, Erfrierung, selten Nävi. Die Prognose hängt ab vom Charakter der Neubildung, deren Lokalisierung und dem Grade der Strukturveränderung: bei Stachel- oder Plattenzelltypus ist die Aussicht immer eine ernste. Bei unkomplizierten Fällen des Basalzellentypus fand S. nach langen, verschiedenen Versuchen als die beste Be-

Digitized by Google

handlungsmethode Kürettage, unmittelbar von Silbernitratlösung, die nach 3 Minuten mit Natr. bicarbon. neutralisiert wird und später Radiumtherapie gefolgt. Wiederholte kurze Sitzungen ergaben kosmetisch bessere Resultate als eine einzige, wahrscheinlich wegen der leichteren Kontrolle der Reaktion. Ist der Knorpel befallen, so ist Exzision der Strahlenbehandlung vorzuziehen. M. Stern-München.

Primäres Sarkom der Oberlippe (Primary Sarcoma of the Upper Lip), von S. E. Sweitzer und H. E. Michelson-Minneapolis. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 20. S. 1563.) In dem vorliegenden Falle, einen 65jähr. Mann betreffend, war der Zustand einem großen Schanker ähnlich und klinisch ähnelte er wegen der Schnelligkeit des Verlaufs einer Phlegmone; die Diagnose wurde schließlich durch mikroskopische Untersuchuug des exzidierten Tumors festgestellt. Die harte, umschriebene, rasch wachsende, schmerzlose Geschwulst, die von Drüsenschwellung nicht begleitet war, sprach auch für die Sarkomdiagnose. Es wurde die ganze Oberlippe exzidiert, und das entfernte Stück maß 7,5 : 3 cm; die Diagnose war Rundzellensarkom. Patient starb etwa 2 Monate nach der Operation. Die Sektion ergab Metastasen in den Bauch-, Mesenterialdrüsen, submaxilläre Lymphknoten, Metastasen in Nieren, Nebennieren und Darmwandungen.
M. Stern-München.

Zungenkrebs: eine verhütbare Krankheit (Cancer of the Tongue: A Preventable Disease), von J. C. Bloodgood-Baltimore. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 28, S. 1381.) Das Studium von 265 Zungenerkrankungen bei Männern und 33 bei Frauen brachten B. zur Überzeugung, daß unsere einzige Hoffnung, die Todesfälle an Karzinom herabzusetzen, in erzieherischer Propaganda unter dem Publikum und den Ärzten besteht. Die Richtlinie sollte hierbei nicht nur die frühzeitige Diagnose des Zungenkrebses, sondern auch die Erkennung und entsprechende Behandlung der gutartigen Veränderungen, welche monate- oder jahrelang dem Karzinom vorhergehen und die Erkennung der Ursachen dieser Veränderungen — Tabak und Zahnerkrankungen — sein. Unter 160 Fällen von Zungenkrebs waren es nur zwei, bei welchen Tabakgenuß nicht festzustellen war; die Seltenheit des Zungenkrebses bei Frauen hängt damit zusammen. Als Vorläufer von Zungenkrebs sind vor allem Leukoplakia (in 41 von 160 Fällen), dann jahrelang vernachlässigte spitze Zähne, ferner Warzen und Fibrome, allgemeine Stomatitis und Fissuren zu nennen. Wichtig ist zur Verhütung des Zungenkrebses, all diese Zustände frühzeitig genug zu erkennen, und zwar viel wichtiger als die Probeexzision, die B. sogar zuweilen für gefährlich erklärt. Wird frühzeitige Diagnose und Behandlung verpaßt, so vermindern sich die operativen Aussichten von 62 auf 12% und erhöht sich die Gefahr eines postoperativen Todes von 5 auf 30%; weiterer Verzug bedeutet einen inoperablen Zustand, der keine Heilung mehr zuläßt. Nach Verf. Ansicht hat die erzieherische Propaganda bereits die Zahl der operativen Fälle von 53 auf 80% erhöht und die Zahl der hoffnungslosen, inoperablen Fälle von 47 auf 20% vermindert. Die Arbeit ist mit einer Reihe recht instruktiver Abbildungen versehen.
M. Stern-München.

Mammakarzinomrezidive, nach Röntgenbestrahlung 5 Jahre und mehr klinisch geheilt, von Arthur Hintze. Chir. Univ.-Kl. Bier-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 44, S. 2187.) Inhalt im Titel enthalten. Es wurde in 4 Fällen mit der Apex-Apparatur, in einem weiteren mit dem Symmetrieinduktorium und Müller-Siederöhren, in dem letzten mit beiden Apparaturen gearbeitet. E. Langer-Berlin.

Zur Kasuistik der Mammakarzinome bei Männern, von Anton Mülleder, Chir. Univ.-Kl. Wien. (Arch. f. kl. Chir., 1922, Bd. 120, H. 4, S. 686.) Bei 2% aller Fälle von Brustkrebs findet sich Mammakarzinom des Mannes. Sie scheinen eine ernste Prognose zu haben, Metastasen der Wirbelsäule kommen vielfach vor. Das Durchschnittsalter der Erkrankten ist etwa 54 Jahre, während das bei Frauen etwa 10 Jahre weniger ist. Häufig sind Metastasen der Axillardrüsen, seltener der Supraklavikulardrüsen. Frühzeitige Operation — Amputation nach Rotter — wird empfohlen, desgleichen prophylaktische postoperative, in Pausen erfolgende Nachbestrahlung mit guten modernen Apparaten. Bestrahlung allein wird nicht empfohlen. Häufige Nachuntersuchung ratsam. E. Langer-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

26. Juni 1923 | Nr. 26 a | Band 76

Aus dem Diakonissenkrankenhause Bethlehem zu Hamburg.

Beitrag zur Anatomie der Ponndorf-Impfreaktion.

Von

Dr. Hans Koopmann, Prosektor am Hafenkrankenhause in Hamburg.

Mit 8 Abbildungen im Text.

In dem Streben nach Klärung der durch Einverleibung von Tuberkulin in die Haut bzw. Oberhaut ausgelösten Vorgänge in Haut und im menschlichen Organismus untersuchte ich eine Reihe von Probeexzisionen aus Impffeldern, die nach der Ponndorfschen Methode mit Tuberkulin beschickt waren, gewonnen sowohl von lebendem, wie von Leichenmaterial.

Über derartige Untersuchungen ist bisher wenig veröffentlicht worden, nur in einer Wichmannschen Arbeit fand ich eine Notiz über die Untersuchung von positiven Ponndorf-Impffeldern. Er konnte histologisch dieselben Verhältnisse, wie man sie in seltenen Fällen von Spontanheilung des Lupus sieht, feststellen.

Etwas mehr Literatur liegt über die histologische Untersuchung von Pirquet-Impfpapeln vor. Bandler, Kreibich, Nagelschmidt konnten in Pirquet-Papeln keine echten Tuberkel mit zentraler Verkäsung feststellen, während Daels und Pick in Frühreaktionsformen keine echten tuberkulösen Strukturen nachweisen konnten, aber in Spätformen (Stadelmann) typische Tuberkel sahen und Klingmüller und vor allen Dingen Zieler histologische Bilder fanden, die denen einer Tuberkulose sehr ähnlich waren bzw. diesen glichen.

Das Ergebnis der Zielerschen Untersuchungen bestätigte die schon 1901 von Orth vertretene Ansicht, daß Verkäsung nicht nur durch die persönliche Gegenwart von B. K. hervorgerufen werden könne, sondern daß auch den Toxinen eine nekrotisierende Einwirkung zukomme.

Über die histologische Untersuchung einer nach Intrakutaneinverleibung von dem Partigen A entstandenen Hautreaktion berichtet Münzer. Derselbe fand in einem exzidierten Hautstückchen neben typischen Epitheloidzellen richtige Riesenzellen.

An meine Untersuchungen trat ich heran nicht etwa allein von der Fragestellung aus: ist man imstande, durch Verimpfung von Tuberkulin in die Oberhaut tuberkulöse Strukturen zu erzeugen, sondern von der Frage aus: welche morphologischen Ausdrucksformen besitzt die beimpfte Haut für den Vorgang der Verarbeitung von Tuberkulin. Dadurch, daß ich bei den Impfungen verschiedene Verdünnungen von Tuberkulin ver-

Digitized by Google

wandte, versuchte ich zugleich Klärung der Frage zu erhalten: hat die verimpfte Tuberkulinmenge auf den Grad der Hautveränderung einen Einfluß oder lassen sich sonstige Einflüsse auf den Grad der Hautveränderung greifen.

Auf die erste Frage: ist Tuberkulin unter gewissen Bedingungen imstande, durch Oberhautimpfung tuberkulöse Strukturen in der Haut entstehen zu lassen, geben meine Untersuchungen eine bejahende Ant-

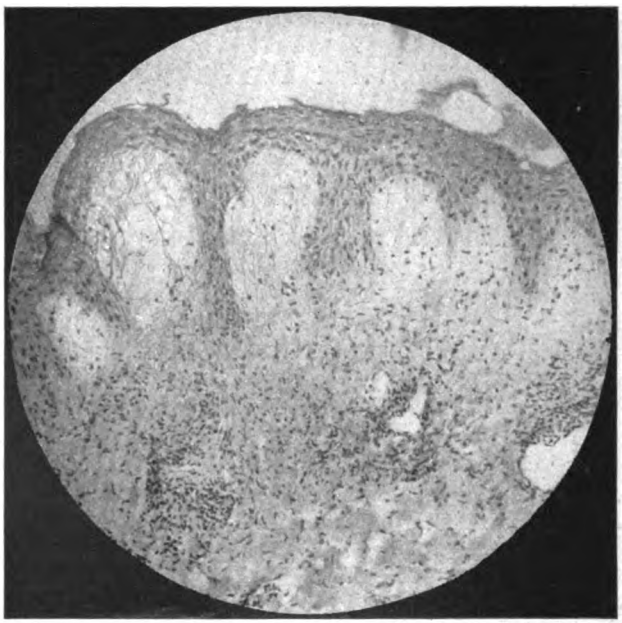


Abb. 1.
10% Alttub., +, 4 Tage alt. 37 Jahre alt. Pat. Nierentb.

Das Bild wird beherrscht von dem Ödem des Papillarkörpers, das sowohl die Basal- und Stachelzellschicht wie die Epithelzapfen zusammengepreßt hat. Veränderungen am Rete bestehen in einer Quellung, teilweise Vakuolisierung der Retezellen und in einer Kernteilung bzw. Kernflockung. In der subpapillären Schicht diffuse lockere, zellige Infiltrate, um die teilweise etwas erweiterten Gefäße herum Zellmäntel. Auch um die Drüsenausführungsgänge Infiltrate. In den tieferen Schichten der Kutis große, massige Infiltrate. Die Infiltrate bestehen aus Kernflocken, aus Rundzellen, großen fixen Bindegewebszellen und epitheloiden Zellen. Je weiter in die Tiefe die Infiltrate gehen, je mehr große Zellen sind in ihnen vorhanden.

wort, bestätigen also die Ergebnisse der Untersuchungen Klingmüllers und Zielers von Pirquet-Papeln. Nur konnte ich keinmal richtige Riesenzellen nachweisen. Was die Beantwortung der zweiten Frage anbetrifft: welche morphologischen Ausdrucksformen besitzt die beimpfte Haut für den Vorgang der Verarbeitung von Tuberkulin, so untersuchte ich Probeexzisionen aus Impfreaktionen von verschiedenen Entwicklungsstadien: Höhepunkt der Reaktion, abklingendes Stadium (Spätreaktion — Ritter) und abgeklungenes Stadium. Ich untersuchte weiter auch

Digitized by Google

Stückchen aus Impffeldern, die makroskopisch keine Reaktion ergeben hatten. Im folgenden Bilder und Protokolle einiger Musterbeispiele:

Wir sehen also auf dem Höhepunkt der positiven Hautreaktion (2—4 Tage nach der Impfung), makroskopisch stark gerötete, mehr oder weniger hohe Rasen, gelegentlich mit Blasenbildung, erhebliche Veränderungen in Epidermis und Kutis. Diese bestehen in der Epidermis aus Quellung und Vakuolisierung der Retezellen, aus Kernflockung und aus

Abb. 2.
10% Alttub., +, 4 Tage alt. 37jähr. Pat. Nierentb.
Zwei gewaltige lymphozytäre Infiltrate in den tieferen Schichten der Kutis.

einer Blasenbildung innerhalb des Rete. Diese Blasenbildung innerhalb des Rete ist als eine graduelle Weiterentwicklung der Quellung und Vakuolisierung der Retezellen anzusehen. Sie ist von der blasigen ödematösen Veränderung im Papillarkörper zu unterscheiden und ist eine nach FRIEBOES für akutes Ekzem charakteristische Epithelschädigung, die man mit der französischen Bezeichnung Altération cavitaire nennt.

Im Papillarkörper sehen wir entzündliches Ödem von Anfängen bis zu erheblicher Ausdehnung. In der subpapillären Kutisschicht finden sich lockere diffuse Infiltrate und perivaskuläre dichte Zellmäntel, die, je tiefer in der Kutis gelegen, je massiger werden. Die Infiltrate bestehen sämtlich aus lymphozytären Elementen, aus Rundzellen, großen Bindegewebszellen und auch schon aus epitheloiden Zellformen, dazwischen überall Kernfragmente. Die Gefäße sind teilweise etwas erweitert, doch habe ich eine hochgradige Hyperämie des Papillarkörpers nie gefunden.

Digitized by Google

Das mikroskopische Bild einer positiven Impfreaktion in weiter vorgerücktem Stadium, makroskopisch charakterisiert durch gerötete Impffelder, die sich aus feinen kleinen Knötchen zusammensetzen (Spätreaktion Ritter) zeigt, daß die Veränderungen in der Epidermis im Abklingen begriffen sind, daß auch die diffusen lockeren Infiltrate der subpapillären Schicht verschwunden sind und daß die perivaskulären, zuerst unspezifischen Granulome nunmehr viel umschriebener und spezifisch geworden

Abb. 3.
10% Alttub., ++, 2 Tage alt. 30 Jahre alt. Pat. Spitzentb. akt.

Wie bei 1 hochgradiges papilläres Ödem. Dieses hat das Rete an einer Stelle bis auf eine Zellage auseinander- bzw. zusammengedrückt. Neben diesem Ödem des Papillarkörpers sieht man innerhalb des Rete, von Epithelzellen fast völlig umschlossen, einen blasigen Hohlraum, der mit homogen rot gefärbten Massen und vereinzelten Kerntrümmern angefüllt ist. In der Gegend der nach oben gerichteten Kuppe dieses Hohlraums ein besonders dichter Kerntrümmerhaufen (Impfritz). Die Retezellen, besonders die Stachelzellen, sind gequollen und zeigen lebhafte Kernflockung. In der subpapillären Schicht diffuses lockeres Infiltrat und perivaskuläre Infiltrate. Die Infiltrate bestehen aus Kerntrümmern und lymphozytären Elementen.

sind. Die Abb. 5 zeigt uns eine Reihe von typischen Tuberkeln, wie man sie wohl bei einem Boeckschen Miliarlupoid zu sehen pflegt (cf. Kyrle). Wie bei diesen fehlen Riesenzellen und zentrale Verkäsung. Im übrigen bestehen dieselben aus einer zentralen Ansammlung von epitheloiden Zellen mit einem mehr oder weniger ausgebildeten lymphozytären Wall. Die Granulome stehen zu Gefäßen in Beziehung, sie liegen um Gefäße herum oder setzen sich traubenartig an dieselben an. In der Epidermis sieht man gelegentlich noch An-

Digitized by Google

deutung von Kernflockung. Die Spuren von Impfritzen sind völlig verschwunden.

Abb. 6 zeigt das Endstadium der positiven Impfreaktion. Makroskopisch ist noch eine Rötung mit Schuppenbildung vorhanden, das Impffeld ist auch noch etwas erhaben, jedoch überragt sein Niveau das der übrigen Haut kaum noch. Mikroskopisch erkennt man die an Gefäße gebundenen Granulome, sie sind sehr locker geworden, die epitheloiden

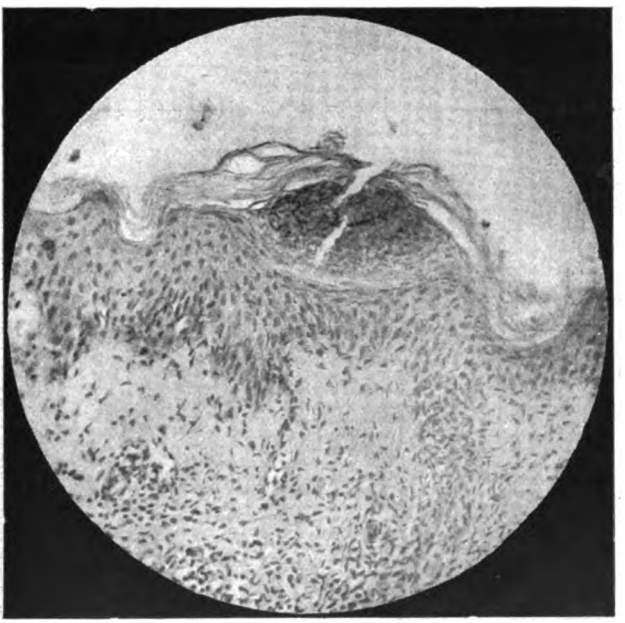


Abb. 4.
25% Alttub., +, 2 Tage alt. 63 Jahre alt. Pat. Alte Spitzentb.

Von kernlosen Hornlamellen und Zellenlagen des Stratum lucidum eingeschlossen ein Zellkerntrümmerhaufen (Impfritz). Die Zellen der Rete sind etwas gequollen und im Bereich der Stachelzellen- und Basalzellenschicht lebhafte Kernflockung. Im Papillarkörper kaum Ödem. Subpapilläre Schicht zeigt diffuse lockere Infiltrate und perivaskuläre Zellmäntel. Um einen Drüsenausführungsgang besonders dichte Zellinfiltration, die Infiltrate bestehen aus Kernflocken und lymphozytären Elementen.

Zellen sind nicht mehr scharf differenzierbar, Rundzellen sind noch vorhanden. Das Gewebe scheint die Granulome aufzusaugen. Im Rete findet man vereinzelt noch Kernflockung, auch sich abstoßende Hornlamellen (Schuppen) sind noch festzustellen.

Die Abb. 7 und 8 zeigen Impffelder, von denen eins nach einer vorhanden gewesenen positiven Reaktion völlig abgeklungen ist, das andere makroskopisch keine positive Hautreaktion ergeben hatte.

Abb. 7 zeigt annähernd normale Verhältnisse, nur findet man auch jetzt noch Spuren von Kernflockung im Rete und Reste von perivaskulären Infiltraten in der Kutis.

Digitized by Google

Abb. 8 dagegen zeigt verhältnismäßig überraschende Veränderungen. Man sieht den dem Impfritz entsprechenden Kerntrümmerhaufen, darunter im Rete ganz erhebliche Veränderungen im Sinne einer Protoplasmaquellung und Kernflockung. Die Veränderungen gehen bis in die subpapilläre Schicht hinein und haben hier den Ausdruck einer lockeren Infiltration mit lymphozytären Elementen und Kernflocken.

Die Impfungen wurden sämtlich unter Vermeidung von Blutungen vorgenommen. Die mikroskopische Untersuchung meiner Impffelder zeigte, daß in keinem Falle die Basalzellenschicht durchtrennt war, daß

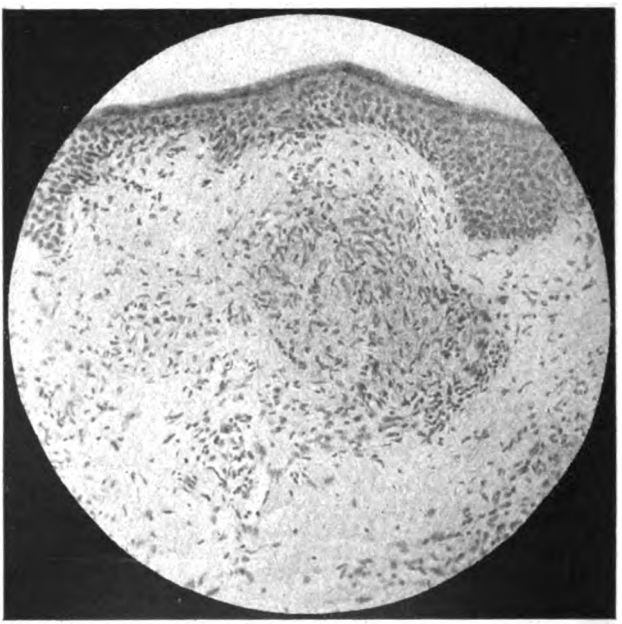


Abb. 5.
25 % Alttub., +, 19 Tage alt. 63 Jahre alt. Pat. Alte Spitzentb.

Rete etwas verdickt, keine ausgebildeten Epithelzapfen vorhanden. Im Epithel noch ziemlich lebhafte Kernflockung. In der subpapillären Schicht und Kutis Granulombildung. Die Granulome bestehen aus epitheloiden Zellen im Zentrum und einer lymphozytären Umwallung, dazwischen Kernflocken. Es scheint, als ob die Granulome sich an Gefäße ansetzen, und sie nehmen mit Tiefe der Kutis an Kräftigkeit zu.

aber trotzdem unter geeigneten Bedingungen vollste Wirkung erzielt wurde (cf. Abb. 3). Aus diesem Befunde darf man ableiten, daß es für das Zustandekommen eines Tuberkulinabbaus in der Haut nicht nötig ist, die Blutbahn zu eröffnen oder die vielleicht die Tuberkulinempfindlichkeit vom spezifischen Infekt aus vermittelnden Gefäßnervenendigungen direkt zu treffen (cf. von Ohlen), sondern daß es genügt, den Impfstoff in die Stachelzellschicht hineinzubringen, um einen Antigenabbau mit vollen Wirkungen in der Haut in Fluß zu bringen. Wie jede Körperzelle, die sich aktiv am Stoffwechsel beteiligt, unter bestimmten Bedin-

Digitized by Google

gungen die Fähigkeit besitzt, Tuberkulin anzugreifen, so hat auch die Stachelzelle, deren hervorragende Rolle für den Stoffwechsel der Haut anerkannt ist, diese Fähigkeit in vollem Maße. Sie wird ihr vermittelt auf den Wegen (Blut- und Nervenbahn), auf denen die die Funktion der Stachelzelle regulierenden Stoffe und nervösen Reize derselben zugeführt werden.

Aus den Veränderungen, die man auf der Abb. 8 sieht, die aus Plasmaquellung und Kernflockung bestehen, kann man schließen, daß diese Veränderungen die erste Antwort der Stachelzelle auf Tuberkulin-

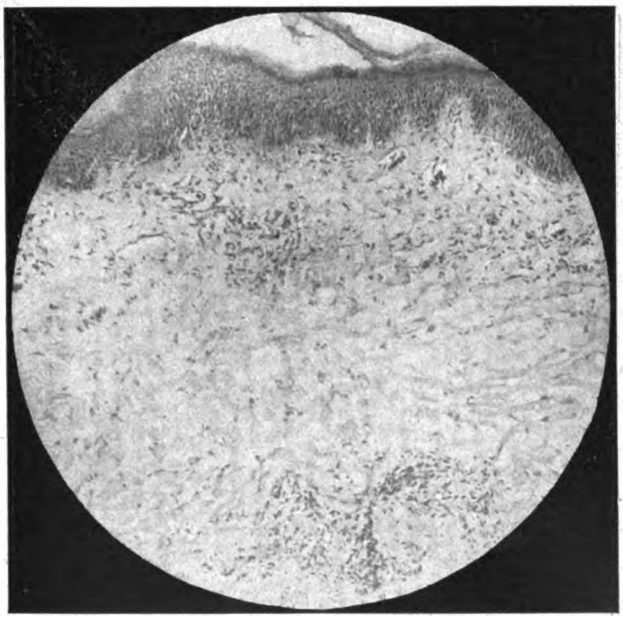


Abb. 6.
25% Tub., +, 13 Tage alt. 29jähr. Pat. Alter Spitzenherd.

Veränderungen in Rete noch deutlich; verdickte Hornlamellen stoßen sich ab, Quellung und Vakuolisierung der Epithelzellen und Kernfragmentation. Papillarkörper frei von Ödem, subpapilläre Schicht frei von Infiltraten. Um einige Gefäße lockere Zellansammlungen, die aus Schatten von epitheloiden Zellen und aus Rundzellen bestehen. Tief in der Kutis zwei größere in Auflösung begriffene perivaskuläre Infiltrate.

einverleibung darstellen. Diese Veränderungen finden wir am schönsten auf den Bildern, die von dem Höhepunkt einer positiven Hautreaktion gewonnen wurden, und wir müssen in ihnen das erste Stadium der Tuberkulinwirkung auf die Retezellen sehen. Diese Veränderungen entstehen, so darf man wohl als erwiesen annehmen, nur bei tuberkulös infizierten Organismen. Leider war es mir nicht möglich, als Kontrolle das anergische Impffeld eines garantiert tuberkulosefreien Organismus zu untersuchen. Wir haben es also bei der Quellung und Vakuolisierung der Retezellen und der Kernflockung mit einem spezifischen Vorgang

Digitized by Google

zu tun. Diese Neigung zur vakuolisierenden Zelldegeneration beschreibt SCHADE bei Hautgelosen (Erfrierung und Verbrennung). Vom Standpunkt der Kolloidchemie aus kann man auch in den Veränderungen nach Tuberkulineinverleibung in die Oberhaut eine Hautgelose sehen, und diese wären also mikroskopisch, auch makroskopisch den Veränderungen (Zustandsänderungen) einer Erfrierung oder Verbrennung vergleichbar. Noch auf eine zweite Parallele aus der Kolloidchemie zu diesen Vorgängen traf ich. DOLD fand zwischen dem Auftreten und Verschwinden des bei parenteralem Eiweißabbau entstehenden Anaphylatoxins (FRIED-

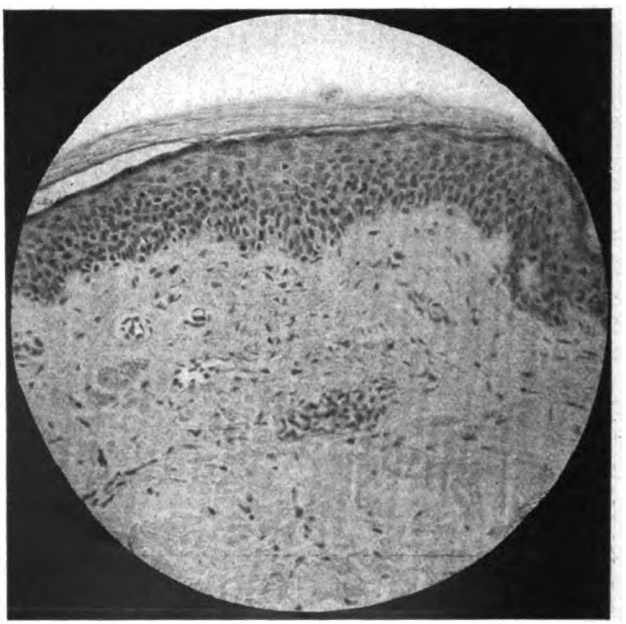


Abb. 7.
10% Tub., +, 20 Tage alt. 29jähr. Pat. Akt. Spitzentb.
Veränderungen in Rete noch erkennbar. Verdickte Hornlamellen stoßen sich ab. Quellung und Vakuolisierung der Retezellen sowie Kernflockung noch eben nachweisbar. Tiefer in der Kutis noch ein perivaskuläres Infiltrat. Sonst keine Veränderungen mehr.

BERGER, cf. giftiges Zwischenprodukt — v. HAYEK, Tuberkulopyrin — EBER-SAHLI) und dem Auftreten und Verschwinden einer bestimmten kolloidalen Flockungsphase einen so weitgehenden Parallelismus, daß es ihm berechtigt schien zu sagen, daß das Anaphylatoxin durch diese eigenartige Flockungsphase charakterisiert sei. Eine Flockungsphase, Kernflockungsphase (cf. Epithelschlacken — KREIBICH) sehen wir auch unter den ersten Veränderungen im Rete nach Tuberkulineinverleibung. Mit DOLD kann ich mir vorstellen, daß das geflockte Plasma oder der geflockte Kern als ein zustandsfremder Stoff entzündungserregend wirkt, d. h. auf die tiefer gelegenen Schichten der Haut, vor allem auf die Gefäßwände einen Lymphozytenwucherung hervorrufenden Reiz ausübt.

Digitized by Google

Ich sehe also in der vakuolisierenden Zelldegeneration und in der Kernflockung einen kolloidalen, morphologisch greifbaren Ausdruck des bei dem parenteralen Abbau von Tuberkulin in der Oberhaut entstehenden giftigen Zwischenprodukts (VON HAYEK), das seinerseits die sekundären banalen Entzündungserscheinungen (Ödem des Papillarkörpers, Gewebslymphozyteninfiltration und perivaskuläre Infiltrate) zur Entwicklung kommen und schließlich auch die spezifischen Granulome entstehen läßt, die ja ein Ausdruck des Gewebes dafür sind, daß Bazillen oder deren Toxine unschädlich gemacht, d. h. abgebaut sind (cf. BOECKSches Miliarlupoid).

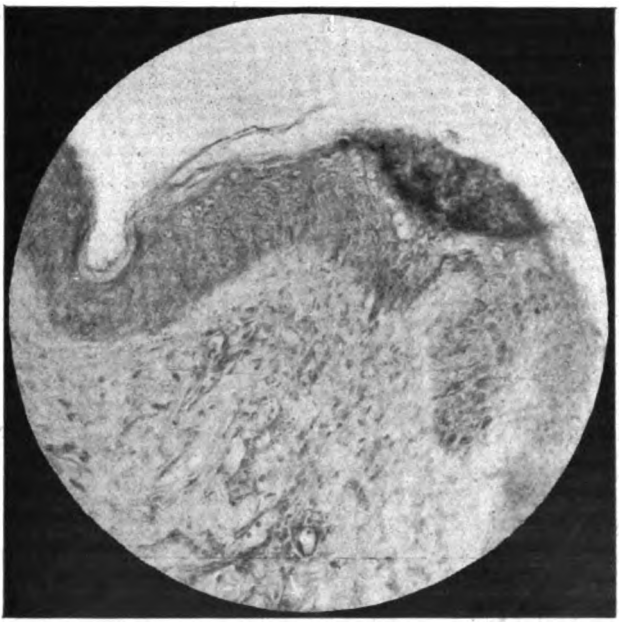


Abb. 8.
100% Alttub., Ø, 5 Tage nach der Impfung. Leichenmaterial. 5jähr. Knabe. Meningitis tbc. Auf dem nicht durchtrennten Rete ein Kerntrümmerhaufen (Impfritz). Unter demselben und in der Nachbarschaft Quellung und Vakuolisierung der obersten Zellenschicht bis in die Stachelzellenschicht hinein. Kernflockung im Bereich der Stachelzellen unter dem Impfritz. Im Papillarkörper lockeres Infiltrat von Kernflocken.

Der Grad der sekundären entzündlichen Veränderungen hängt, wie meine Schnitte zeigten, nicht ab von der Menge einverleibten Tuberkulins. Ich konnte mit 100% sowohl wie mit 1% und 10% Alttuberkulinlösung gleichgradige Reaktionen und histologische Bilder erzeugen. Der Grad der sekundär entzündlichen Veränderungen ist abhängig von der Menge des nach der Einverleibung von Tuberkulin in die Oberhaut entstehenden giftigen Zwischenprodukts. Bei intensivster Epithelschädigung (Altération cavitaire) haben wir auch die intensivsten sekundär-entzündlichen Veränderungen. Diese Menge der bei Antigenabbau in der Oberhaut entstehenden giftigen Zwischensubstanz ist wieder abhängig in

Digitized by Google

erster Linie von dem Immunitätszustand des tuberkulös infizierten Organismus. Eine für Tuberkulin sehr empfindliche, hyperallergische Oberhaut, läßt mehr giftige Zwischenprodukte entstehen, als eine träge, auf Tuberkulin antwortende, mehr oder weniger anergische Oberhaut. Nach klinischen Erfahrungen weiß ich nun, daß die Tuberkulinempfindlichkeit der Oberhaut mit einer größeren Zahl von Impfungen abzunehmen pflegt. Also ist die Menge des zur Wirkung kommenden giftigen Zwischenprodukts in der Regel abhängig auch von der Zahl der Impfungen.

Weiter konnte ich klinisch noch Einflüsse auf die Menge der zur Wirkung kommenden giftigen Zwischensubstanz im Sinne einer Vermehrung derselben feststellen, so durch Sonnenbestrahlung, einschließlich künstliche Höhensonne, damit zusammenhängend durch jahreszeitliche Schwankungen, durch die Nähe des Impffeldes an dem spez. Infekt, durch Vorbehandlung des Organismus mit Aolan, Terpichin und Solarson.

Der Grad der Ausbildung von spezifischen Granulomen ist abhängig von der Dauer der Reaktionsvorgänge nach einer Tuberkulin-Oberhaut-Impfung, also von der Dauer der Wirksamkeit der giftigen Zwischenprodukte. Die Menge dieser ist ohne Einfluß auf die Dauer ihrer Wirksamkeit. Verhältnismäßig geringfügigen Anfangsreaktionen können ausgebildete Spätreaktionen folgen. Nach verhältnismäßig lebhaften Anfangsreaktionen können Spätreaktionen ausbleiben. In der Regel beginnt die Spätreaktion auszubleiben mit der zunehmenden Zahl von Impfungen.

Meine diesbezüglichen Erfahrungen bestätigen vollauf die von Lewandowsky vertretene Auffassung von der Wirkung der durch Tuberkulineinverleibung in die Haut entstehenden Antikörper (Antikörper = Funktion = Vorgang des parenteralen Eiweißabbaues): „In je größerer Quantität die Antikörper vorhanden sind, desto früher und intensiver wird die Entzündung mit Nekrose sein. Je allmählicher sie ihre Wirkung entfalten, desto häufiger werden wir tuberkelähnliche Strukturen entstehen sehen, die ja immer die Reaktion des Gewebes auf langsam in Lyse gehendes Bakteriengift darstellen."

Wenn einige Autoren in Pirquet-Papeln keine tuberkulösen Strukturen finden, andere diese nachweisen konnten, so wird dieser Widerspruch auch durch meine Präparate geklärt. Die einen Forscher untersuchten die Impfpapeln im Frühstadium, die anderen (cf. Stadelmann, Zieler) erst in Spätstadien. Die spezifische Bildung tritt eben erst dann auf, wenn der Abbau sich nach längerer Dauer der Vollendung nähert.

Ein Wort noch zu der auch makroskopisch erkennbaren Abstoßung von Hornlamellen (Schuppung). Sie zeigt, daß durch die Vorgänge des parenteralen Eiweißabbaues in der Oberhaut nicht nur Zelldegeneration, sondern auch Zellproliferation verursacht wird, daß diese zur lebhaften Wucherung angetrieben wird. Der Nachwuchs an Stachelzellen ist ein sehr lebhafter, und diesem entspricht die Lebhaftigkeit der Abstoßung unbrauchbaren Oberhautmaterials.

Ohne die genaue Kenntnis der von mir beschriebenen histologischen Vorgänge nach Einverleibung von Tuberkulin in die Haut gehabt zu haben, weiß man seit langem, daß die Haut ein besonderes Schutzorgan für den Organismus darstellt, daß sie ein hervorragender Antikörper-

Digitized by Google

produzent ist, d. h. daß von ihr aus Schutzfunktionen für den Organismus ausgelöst werden können. Diese Erfahrungstatsache hat die Jennersche Schutzpockenimpfung, hat auch die Ponndorfsche und ähnliche Methoden entstehen lassen. Zudem machte man die Erfahrung, daß Tuberkulineinverleibung in die Haut erheblich ungefährlicher war, was das Hervorrufen einer schädlichen Herdreaktion anbetrifft, als die subkutane Tuberkulineinverleibung, und man lernte so in der Haut einen Tuberkulinfilter kennen. Meine histologischen Bilder legen ein beredtes Zeugnis ab für die durch Tuberkulineinverleibung entstehenden Schutzfunktionen der Haut bzw. Oberhaut. Es entstehen durch die Tuberkulineinverleibung in die Oberhaut gewaltige Depots von lymphozytären Elementen, denen der Organismus Material entnimmt, um es an gefährdeten Stellen der gegen die Tuberkulose oder auch gegen eine andere infektiöse Invasion gerichteten Kampffront einzusetzen. Die mit dem Höhepunkt der positiven Impfreaktion einsetzende, fast immer im Blute nachweisbare, bald, d. h. mit den sekundär-entzündlichen Veränderungen in der Haut und mit einer merkbaren Herdreaktion wieder verschwindende Leukolymphozytose ist ein Beweis dafür, daß sich die Schutzfunktionen der Haut dem Humor mitteilen. Neben fertigem Lymphozytenmaterial gehen aber auch, wie ich verschiedentlich deutlich nachweisen konnte, Kernflocken aus der Haut in die Blutbahn über. Diese kann man als den Ausdruck eines Tuberkulinfiltrats der Haut ansehen. Ohne Zweifel wirken sie zentripetal auf die spezifischen oder nichtspezifischen Infekte, erzeugen auch merkbare Herdreaktionen, doch offenbar in der Regel recht viel milderen Charakters und weniger gefahrbringende als ein in den Kreislauf gelangendes unabgebautes Antigen.

Zusammenfassung.

1. Als Ausdruck der ersten Tuberkulinwirkung auf die Retezellen findet man Plasmaquellung, Zellvakuolisierung bis Blasenbildung innerhalb des Rete und Zellkernflockung. In diesen Veränderungen sehe ich einen Gewebsausdruck für das bei dem parenteralen Abbau von Tuberkulin entstehende giftige Zwischenprodukt (von Hayek).

2. Je nach der Intensität der Entstehung dieses giftigen Zwischenprodukts kommt es zur Entwickelung von sekundär unspezifischen entzündlichen Veränderungen, deren Wirkung auf den Gesamtorganismus am Blutbild abzulesen ist und die zusammen mit Spuren des giftigen Zwischenprodukts auf dem Blut- oder Lymphwege Herdreaktionen hervorrufen können.

3. Wir sind imstande, durch Oberhautimpfung mit verdünnten Tuberkulinlösungen tuberkuloide Strukturen der Kutis zu erzeugen. Diese entstehen allerdings erst in Form einer Spätreaktion. In den frühen Reaktionsstadien findet man keine tuberkulösen Strukturen.

Literatur.

Bandler und Kreibich, D. m. W., 1907, S. 1629. — Daels, M. K., 1908, Nr. 58. — Dold, Zschr. f. ärztl. Fortb., 1921, Nr. 21. — Frieboes, Vogel, Leipzig 1921. — von Hayek, Springer, Berlin 1920. — Klingmüller, zit. bei Bartel, Pathogenese d. Tbc., 1918. — Kreibich, Derm. W., 1920, Nr. 15. — Kyrle, Arch. f.

Digitized by Google

Derm., 1921, Bd. 131. — Lewandowsky, Springer, Berlin 1916. — Münzer, zit. bei Klare, Intern. Zbl. f. Tbc.-Forschung, 1920, Bd. 14, Nr. 1. — Nagelschmidt, D. m. W., 1907, S. 1631. — von Ohlen, D. m. W., 1922, Nr. 32. — Ritter, Handb. d. Tbc., Barth, Leipzig 1923, Bd. 1. — Sahli, Schwabe, Basel 1913. — Schade, M. m. W., 1920, Nr. 16. — Stadelmann, zit. bei Daels, M. K., 1908, Nr. 58. — Wichmann, D. m. W., 1917, Nr. 42. — Zieler, Arch. f. Derm., 1910, Bd. 102.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Kiel (Direktor: Prof. Klingmüller).

Beiträge zur Kultur der Dermatophyten und ihrer Artunterscheidung mittels deutscher Pilznährböden.

Von

Priv.-Doz. Dr. O. Grütz.

Jeder Untersucher, der längere Zeit hindurch systematisch alle ihm begegnenden Dermatomykosen kulturell auf ihre Erreger untersucht hat, weiß, daß die Kultur vielfach ganz unerwartete und überraschende Resultate zeitigt, insofern als bei anscheinend für eine ganz bestimmte Pilzgruppe charakteristischen Krankheitsbildern sich nicht selten völlig andere Pilze als Erreger nachweisen lassen, die man gerade in diesem Falle am wenigsten erwarten konnte. So z. B. ist es uns und anderen Autoren begegnet, daß aus einem typischen mit starken Entzündungs- und Eiterungserscheinungen einhergehenden Kerion Celsi an Stelle eines erwarteten Trichophytonpilzes ein Mikrosporon Audouini, also der Erreger einer exquisit nichtentzündlichen Mykose, in der Kultur aufging, und ähnliche Erfahrungen häufen sich mit der Größe des Materials, das man untersucht. Da unsere Kenntnisse über die Erreger der Dermatomykosen in mehr als einem Betracht der Erweiterung durchaus bedürftig sind, ergibt sich die Notwendigkeit, die Kultur in möglichst breitem Umfange zur Untersuchung heranzuziehen, eine Forderung, der freilich bei uns in Deutschland seit Beginn des Krieges die Schwierigkeit entgegenstand, daß zur Pilzbestimmung das von der internationalen Pilzforschung allgemein übernommene Sabouraudsche Milieu d'épreuve notwendig ist, das jahrelang für uns überhaupt nicht erhältlich war und auch jetzt, da die erforderlichen Reagentien nur bei einer einzigen Firma in Paris beziehbar sind, uns in einer durch die politischen und Valutaverhältnisse doppelt verschärften und peinlichen Abhängigkeit vom Ausland erhält. Der Ersatz des Sabouraudschen Milieu d'épreuve durch andere Nährbodenkompositionen ist deshalb schon von verschiedener Seite angestrebt worden, leider ohne daß es zu einer befriedigenden Lösung dieser Aufgabe gekommen wäre. Das hat seinen Grund darin, daß das charakteristische Wachstum der Pilze auf bestimmten Nährböden, auf das Sabouraud seine Einteilung der Dermatophyten in der Hauptsache gründet, gebunden ist nicht nur an einen gewissen Prozentgehalt eines bestimmten Zuckers und einer bestimmten Eiweißart, sondern daß wahrscheinlich sehr zahlreiche Kohlehydrat- und Eiweißkomponenten, ferner der Gehalt an Fetten, an Säuren und gewissen

Digitized by Google

Mineralsalzen zusammen erst das typische Wachstum der betreffenden Pilze garantieren, — also zahlreiche Faktoren, die, wie z. B. das bunte Gemisch von verschiedensten Eiweißkörpern in den Peptonen, zum Teil sogar chemisch noch nicht näher definiert sind und deren biologischer Einfluß auf das Pilzwachstum im einzelnen erst recht völlig unbekannt ist. Deshalb sind auch so erfahrene Pilzforscher wie Plaut, W. Fischer u. a. immer wieder bei der Forderung angelangt, daß als Nährboden zur Artbestimmung der Pilze nur das eine von der internationalen Pilzforschung nun einmal übernommene Milieu d'épreuve von Sabouraud zu verwenden sei, und es wird jedem, der ausreichende Erfahrung auf dem Gebiete der Dermatophytenkultur besitzt, unverständlich sein, wenn in neuerer Zeit sich Hammerschmidt[1]) dahin ausspricht, daß diese Forderung überflüssig sei und die von deutschen Firmen bezogenen Zuckerarten — er verwendet Maltose von Merck und Traubenzucker — „vollkommen genügten". Davon kann sicherlich nicht die Rede sein, und vollends sind die chemisch reinen, oder wohl besser gesagt die gereinigten — denn „rein" im chemischen Sinne sind sie gar nicht — Zuckerarten für die Kultivierung der Hautpilze ganz und gar ungeeignet. Die von Sabouraud zum Milieu d'épreuve verwendete Zuckerart ist eine in feste Konsistenz gebrachte Rohmaltose (Maltose brute), das heißt ein ungereinigtes Malzpräparat, das sicherlich mindestens alle diejenigen Bestandteile enthält, aus welchen sich bekanntermaßen Malzextrakte zusammensetzen, nämlich Maltose, Dextrin, Eiweiß, Fett, freie Säuren, Phosphorsäure, Kalzium- und Magnesiumsalze und Wasser. Wenn also ein Ersatz des Sabouraudschen Nährbodens angestrebt werden sollte, so konnte von vornherein nur die Verwendung von anderer Rohmaltose dafür in Frage kommen. Diese Voraussetzung wird wesentlich gestützt durch die Tatsache, daß von allen Pilznährböden, die während des Krieges als Ersatz für das Milieu d'épreuve Verwendung fanden, sich die Bierwürze, die gerade einen derartigen Rohmaltose-Extrakt darstellt, wohl am besten bewährt und die verbreitetste Anwendung gefunden hat. Insbesondere W. Fischer hat bei Gelegenheit der Demonstration von Pilzkulturen in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft die Eignung des Bierwürzeagars zur Pilzzüchtung und -Unterscheidung ausdrücklich hervorgehoben und nur in der Inkonstanz der Zusammensetzung der Bierwürze ein Hindernis dafür gesehen, um sie allgemein als Ersatz für das Milieu d'épreuve zu empfehlen. In Anbetracht der Tatsache, daß für die fabrikmäßige Herstellung von Malzextrakten nur eine kleine Zahl von Zerealien in Betracht kommt und daß auch die Fabrikationsprozesse fast alle dasselbe Ziel, nämlich die möglichst vollständige Umwandlung der Stärke des Getreidekornes in Maltose, verfolgen, schien es nicht aussichtslos, unter den deutschen Maltosepräparaten eins ausfindig zu machen, das in seiner Beschaffenheit der französischen Rohmaltose nahe stand. Bereits auf dem 12. Dermatologen-Kongreß in Hamburg konnte ich eine große Zahl von Pilzkulturen der verschiedensten Arten auf wohlgelungenen Versuchsnährböden demonstrieren, auf denen die Pilze meistens schon recht charakteristisch wuchsen und die zeigten, daß die Aufgabe,

[1]) Arch. f. Hyg., Bd. 90, H. 1/2.

Digitized by Google

Sabourauds Milieu d'épreuve durch deutsches Material zu ersetzen, sehr wohl lösbar war. Da indessen die damaligen Resultate noch einer weiteren Vervollkommnung bedürftig erschienen, sah ich damals davon ab, genaue Vorschriften für die Nährbodenbereitung mitzuteilen. Von den zahlreichen Malzpräparaten, die in die Versuche eingestellt wurden, suchte ich nach Möglichkeit durch die Fabriken die chemischen Analysen und die Kenntnis des zur Herstellung dienenden Rohmaterials zu erlangen, die ich hier leider nicht wiedergeben kann, weil die Fabriken das Geheimnis der Zusammensetzung und Herstellung gewahrt wissen wollen. Bei vergleichenden Prüfungen stellte sich interessanterweise heraus, daß es viel weniger die Gleichheit des Zucker- bezw. Kohlehydratgehaltes war, die für die Identität des Wachstums der Pilze ausschlaggebend war, sondern daß dafür offenbar der Gehalt an gewissen Eiweißstoffen, ferner an freien Säuren und Mineralsalzen viel wichtiger war. Im Laufe der fortgesetzten Versuchsreihen wurde es offenbar, daß besonders die Wahl eines geeigneten Peptons eine große Bedeutung hatte, da jedes Pepton das Wachsen mancher Kulturen in einer ganz bestimmten Weise abänderte. Auch hier spielt, wie vergleichende Untersuchungen lehrten, die Stickstoffquantität, die man dem Pilz anbietet, eine geringere Rolle als die Qualität der Stickstoffquelle, aus der er seine Nahrung bezieht. Die ungeheure Empfindlichkeit gegenüber geringfügigen Unterschieden in der qualitativen Zusammensetzung einer Nahrungsquelle steht in der Pflanzenwelt nicht vereinzelt da. So weiß man z. B.[1], daß die Plasmodien von gewissen aus England stammenden Myxomyzetenarten wohl als Saprophyten auf dem Waldschwamm Stereum hirsutum wachsen, wenn dieser Schwamm auch aus England stammt, daß sie dagegen auf genau derselben Stereum-Art aus deutschen Wäldern nicht gedeihen. Alle diese Momente mußten bedacht werden, wenn das Suchen nach einem Ersatz für das Milieu d'épreuve zu einem vollen Erfolg führen sollte. Es wird nunmehr auch verständlich, daß eine überaus große Zahl von Versuchen erforderlich war, bis es gelang, einen dem Milieu d'épreuve völlig ebenbürtigen Ersatznährboden herzustellen, der ein mit dem Aussehen der Kulturen auf dem Sabouraudschen Substrat identisches Wachstum und demnach eine zuverlässige Artbestimmung der Pilze garantiert. Hier muß bemerkt werden, daß Schwankungen in der Art des Wachstums innerhalb kleiner Grenzen, die indessen die Sicherheit der Bestimmung kaum beeinträchtigen, auch bei ständiger Verwendung der Maltose brute von Sabouraud vorkommen; solche Schwankungen liegen, abgesehen von kleinen oft unvermeidlichen Modifikationen bei der Herstellung, sicherlich auch an dem natürlich nicht immer sich absolut gleichbleibenden Rohmaterial, das zur Herstellung der Maltose dient und das als Naturprodukt in seinem Stärkegehalt und der übrigen stofflichen Zusammensetzung immer von den wechselnden klimatischen und Bodenverhältnissen abhängig bleiben wird. Derartige kleine Qualitätsschwankungen werden manche Untersucher später vielleicht auch an meinem neuen Nährboden beobachten können; aber ich glaube behaupten zu dürfen, daß dadurch die Sicherheit in der Erkennung der

[1]) Siehe Schinz in Rabenhorsts Kryptogamen, 1920, Bd. 1, S. 35.

Digitized by Google

Pilzarten nicht sehr beeinträchtigt werden wird und daß in dieser Nährbodenzusammensetzung der höchste überhaupt erreichbare Vollkommenheitsgrad im Ersatz des Original-Milieu d'épreuve erreicht ist. Der Nährboden verbindet mit seiner Zuverlässigkeit für die Pilzbestimmung den Vorzug einer bequemen und leichten Herstellbarkeit, und da er jedem Laboratorium leicht erreichbar und — den Zeitverhältnissen entsprechend — billig ist, so dürfte seiner allgemeineren Einführung wohl nichts im Wege stehen. Das zur Bereitung des Nährbodens dienende Malzpräparat ist das als Nährpräparat von der Firma C. C. Christiansen-Flensburg vertriebene „Nervina-Malz", das, von sirupartiger Konsistenz[1]), in Blechbüchsen im Handel (Apotheken) erhältlich ist. Als Stickstoffquelle für den Nährboden dient das Pepton „Knoll" für bakteriologische Zwecke von der Firma Knoll & Co.-Ludwigshafen. Da auch die Konsistenz des Nährbodens das morphologische Wachstum der Kulturen beeinflußt, soll die von SABOURAUD angewandte etwa 1,8%ige Konzentration des Agars beibehalten werden. Man verfährt zur Herstellung des Nährbodens zweckmäßig so, daß man sich zunächst den Agar herstellt, indem man je 18 g in kleine Stücke geschnittenen Fadenagar in je 1000 g Aqua dest., das ich im Interesse der Einheitlichkeit dem von SABOURAUD und anderen gebrauchten, allerorten in seinen chemischen Bestandteilen nicht unwesentlich differierenden Leitungswasser vorziehe, erst einige Stunden quellen läßt, dann im Dampftopf verflüssigt und darauf durch Filtrierpapier (das französiche Chardinpapier ist entbehrlich) filtriert. In einem kleineren Kölbchen wird inzwischen der Nährstoff vorbereitet, indem man auf je 100 ccm der benötigten Nährbodenmenge folgende Mischung herstellt: Pepton „Knoll" 0,5 g, lösen in wenigen Kubikzentimetern Wasser, unter leichtem Erwärmen durch Schwenken des Kölbchens über der Flamme, nach völliger Lösung Zusatz von „Nervina-Malz" 8,0 g, das man am besten in den auf der Wage stehenden Kolben aus der Büchse, in deren Deckel man zwei kleine Öffnungen geschlagen hat, hineinfließen läßt. Bei leichtem Erwärmen löst sich das dicke Malz sehr schnell auf, und dieses Gemisch wird dann zu 100 ccm flüssigen Agars hinzugegossen und gut mit ihm vermischt. Ohne weiteres Filtrieren, das überflüssig ist, weil eine geringe Trübung des Agars und ein beim späteren Sterilisieren sich bildender Bodensatz in der Kuppe des Röhrchens für die Pilzzüchtung ohne Bedeutung ist, wird dann gleich auf weite Reagenzröhrchens abgefüllt, mit Watte verschlossen, an den drei folgenden Tagen noch je 20 Minuten im Dampftopf sterilisiert, zuletzt schräg erstarren gelassen. Zur Prüfung auf Sterilität 24 Stunden in den Brutschrank stellen.

Auf diesem Nährboden wurde das Wachstum folgender Pilzarten ausprobiert. Aus der Endothrixgruppe wuchsen Trichophyton crateriforme, acuminatum und violaceum außerordentlich charakteristisch, und es spricht sehr für die Brauchbarkeit des neuen Nährbodens, daß eine sehr seltene Unterart des Tr. crateriforme, nämlich das Tr. fumatum,

[1]) Die genannte Firma beabsichtigt, auf meine Veranlassung, das Malzpräparat in Kürze auch in der für Laboratoriumszwecke handlicheren festen Konsistenz in Handel zu bringen.

Digitized by Google

das mit einer eigentümlichen, einem welken Blatt ähnlichen Farbe wächst, seine morphologische Eigentümlichkeit auf dem neuen Nährboden in so charakteristischer Weise entwickelte, daß der Pilz sofort richtig bestimmt werden konnte. Die Neo-Endothrix-Arten Tr. cerebriforme und plicatile wachsen ebenfalls sehr wohl unterscheidbar auf dem Nährboden. Ferner kommen die zahlreichen fließenden Übergänge, die sich hier in Kiel zwischen den Typen crateriforme — cerebriforme finden, auf dem Nährboden ausgezeichnet zur Ausbildung. Unter den ektothrichen Arten konnte ich die drei hier gefundenen Gypseumarten, nämlich das Tr. gyps. asteroides, radiolatum und granulosum ebenso gut auf meinem neuen Nährboden unterscheiden wie auf Milieu d'épreuve, und Tr. niveum und equinum wuchsen darauf gleich vortrefflich wie die Farbstoffbildner Tr. rosaceum und vinosum. Für die letzteren beiden Arten ist der Ersatznährboden sogar dem Milieu d'épreuve zweifellos überlegen, da die Farbstoffbildung darauf intensiver erfolgt und weniger leicht verloren geht als auf dem Milieu d'épreuve. Es ist ja bekannt, daß besonders das Tr. rosaceum sehr dazu neigt, in seiner Farbstoffbildung rasch nachzulassen. Ich konnte dies auch bei meinen Rosazeumstämmen wohl auf dem Milieu d'épreuve, aber nicht auf dem Nervina-Malzagar beobachten. Bei einem Tr. vinosum, das einen eigentümlich weinroten Farbstoff bildet, trat diese die Farbstoffbildung begünstigende Eigenschaft meiner Nährbodenkomposition ganz besonders zutage. Der Pilz wuchs nämlich auf Milieu d'épreuve nur bis in der zweiten Generation mit Farbstoffbildung, in den späteren wurde er rein weiß, während auf dem Ersatznährboden die Farbstoffbildung, die hier auch von Anfang an stärker war, sich bisher unverändert erhalten hat. Es muß hier überhaupt hervorgehoben werden, daß auch bei anderen Pilzen, die an sich keinen besonders auffallenden Farbstoff bilden, auf dem Nervina-Malzagar eine etwas betontere Färbung der Kolonien beobachtet wurde; dies gilt z. B. für das Tr. acuminatum, den dem Tr. violaceum nahestehenden Pilz, der auf Milieu d'épreuve nur leicht gelblich wächst, während er auf Nervina-Malzagar eine deutlich stärkere Gelbfärbung bei sonst völliger morphologischer Identität zeigt. Die faviformen Trichophytonarten, nämlich das Tr. album, discoides und ochraceum zeigen, soweit diese vielfach ineinander übergehenden Typen überhaupt voneinander abgrenzbar sind, ebenfalls ein charakteristisches Wachstum auf dem neuen Nährboden, bei Tr. ochraceum wurde wiederum eine im Vergleich zum Milieu d'épreuve lebhaftere Farbstoffbildung konstatiert.

Ein Epidermophyton inguinale und drei Mikrosporonarten, nämlich Mikrosp. Audounii, lanosum und depauperatum ließen sich genau wie auf Milieu d'épreuve auch auf meinem Nährboden differenzieren. Die bisher geprüften Favusarten Achorion Schönleini, Quinckeanum und violaceum wuchsen ebenfalls völlig typisch, das letztere mit vorzüglicher Farbstoffbildung. Nach diesen den größten Teil der Dermatophyten umfassenden Ergebnissen läßt sich hoffen, daß auch die bisher noch nicht auf dem neuen Nährboden geprüften noch fehlenden seltenen Arten, die mir jetzt nicht zur Verfügung stehen, ebenfalls in charakteristischer Weise wachsen werden. Leider muß ich in Anbetracht der hohen Herstellungskosten darauf verzichten, an dieser Stelle durch Beigabe von

Digitized by Google

Bildern die Identität des Pilzwachstums auf diesem „deutschen Pilzbestimmungsagar" mit dem Aussehen der Kulturen auf Milieu d'épreuve dem Leser zum Vergleich vor Augen zu führen. Es möge deshalb dem eigenen Urteil anderer Untersucher überlassen bleiben zu entscheiden, ob mit dem neuen Nährboden die Frage des Ersatzes des Milieu d'épreuve befriedigend gelöst ist.

Das Milieu de conservation Sabourauds, jener kohlehydratfreie Dauernährboden zur Vermeidung des Pleomorphismus, läßt sich mittels des Pepton „Knoll" ebenfalls in vorzüglicher Weise imitieren; dafür diene folgende Vorschrift: Pepton „Knoll" 3,0, lösen in wenig Wasser unter leichtem Erwärmen, Agar (1,8%) 100,0.

Wo das Bedürfnis besteht, Pilze in flüssigem Nährboden weiter zu züchten, kann aus Pepton „Knoll" 0,5 und Nervina-Malz 8,0 gelöst in 100,0 Aq. dest. eine ausgezeichnete Nährbouillon hergestellt werden, die allerdings mehrfacher Filtration bedarf, bis sie völlig klar ist. Sämtliche Pilze wachsen darauf vorzüglich.

Es ist bekannt, daß zur Anlage von Primärkulturen das Sabouraudsche Milieu d'épreuve für viele Pilze gar nicht besonders geeignet ist; dies gilt auch von dem neuen deutschen Pilzprüfungsagar. Plaut hat daher für die primäre Aussaat des pilzhaltigen Materials einen Nährboden von folgender Zusammensetzung empfohlen, bei dessen Herstellung ich auch an Stelle des bisher gebräuchlichen Pepton „Witte" das Pepton „Knoll" zu verwenden rate: Pepton 1,0, Traubenzucker 1,0, Glyzerin 0,5, NaCl 0,5, Agar (2%) 100,0.

Dieser Plautsche Nährboden empfiehlt sich durch seine Vorzüglichkeit von selbst, und es soll keine Einschränkung seines Wertes bedeuten, wenn ich hier einen anderen, in Anlehnung an die Plautsche Vorschrift von mir zusammengesetzten Nährboden zur Anlage der Primärkulturen empfehle, für den die Vorschrift lautet: Pepton „Knoll" 0,5 unter Erwärmen lösen in wenig Wasser, Nervina-Malz 6,0, Glyzerin 0,5, NaCl 0,5 gut lösen, dazu Agar (1,8%) 100,0.

Auf diesem Nährboden wachsen die Pilze manchmal besser an als auf anderen Nährböden. Nota bene empfiehlt sich für die Anlage von Primärkulturen die Verwendung von Agarplatten, nicht von Röhrchen, da man auf Platten einerseits rasch sich ausbreitende saprophytische Pilze durch Ausscheiden des Agars eliminieren und der Gefahr des Überwucherns besser vorbeugen kann, andererseits mit dem Mikroskop die pathogenen Pilze leichter auffinden kann.

Mit dem neuen Pilzprüfungsagar ist das Ergebnis gewonnen, daß ein starres Festhalten an dem Milieu d'épreuve zur Pilzbestimmung nicht mehr nötig ist. Inwieweit man auch von dem Sabouraudschen Einteilungsprinzip der Dermatophyten selbst wird abgehen und die Pilzdifferenzierung auf eine andere Grundlage wird stellen können, wie das neuerdings von Hammerschmidt versucht worden ist, soll Gegenstand einer späteren Abhandlung sein.

Digitized by Google

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten der Graf-Albert-Apponyi-Poliklinik in Budapest (Vorstand: Prof. Dr. Ludwig Török).

Skarlatiniformes Trichophytid bei dysidrosisähnlicher Trichophytie.

Von

Dr. Edmund Rajka.

Seit der Publikation von Jadassohn und Guth über Trichophytiden im Anschluß an tiefe Trichophytien, wurden sie auch bei anderen trichophytischen Krankheitsformen beobachtet. Am häufigsten wurden sie auch weiterhin bei tiefen Trichophytien, die mit vollständiger Allergisierung des Organismus bzw. der Haut einhergehen, beschrieben, ausnahmsweise aber auch bei oberflächlicheren Formen (Delbanco, Jessner). Vor kurzem teilten Seemann und ich einen Fall von Nageltrichophytie mit, welcher neben einer sehr oberflächlichen Handteller- und Fußsohlentrichophytie bestand und bei welchem im Anschluß an eine Impfung mit Trichophytonpilzen ein erythematöses Trichophytid entstanden war.

In dem folgenden Falle handelt es sich um eine dysidrosisähnliche Trichophytie. Im Inhalte der Bläschen konnten Pilze nachgewiesen werden: kurze, dicke Fäden, mit viereckigen Sporen; auf Malteseagar gezüchtet, wuchsen in 5—6 Tagen weiße Pilzkolonien. Die Mitte der anfangs wolligen Scheiben trat später etwas hervor; ihre Farbe bekam einen gelben Stich. Der mittlere kleine Hügel, der nach Verlust seiner Wolle staubig, wie mit Gips bestreut, aussah, war von einer ringförmigen Furche umgeben. Am Rande der Kolonie bestand der weiße, wollige Ring auch noch nach 5—6 Wochen. Auf Grund der Kulturen mußten wir den Pilz in die Trichophyton-gypseum-Gruppe einreihen, ohne ihn mit einer der Untervarietäten identifizieren zu können. Er stimmt weder mit dem asteroides und radiolatum, noch mit dem von Sutter aus skarlatiniformen Trichophytiden gezüchteten Trichophyton granulosum überein. Am meisten wäre er noch mit derjenigen Gypseumart vergleichbar, welche Kaufmann-Wolf, Alexander, Ota u. a. gefunden haben, und die auch ich in dysidrotischen Bläscheneruptionen nachweisen konnte.

Auf Grund des Pilzbefundes mußte der Fall zu den Eczemata mycotica (trichophytica) bzw. zu den ekzematiformen Mykosen gerechnet werden. Das bei der Mykose entstandene Trichophytid spricht für die Allergie des Organismus bzw. der Haut, was deshalb von Wichtigkeit ist, weil: erstens sie darauf hinweist, daß Mykosen mit dysidrosoiden Veränderungen eine Allergie veranlassen können, zweitens, daß die durch Pilze verursachte Allergie bei einem ekzemartigen Ausschlag auftreten kann, analog zu den viel häufigeren ekzemartigen Impetigines (Impetigo eczematiformis [Török]), bei denen, wie meine Untersuchungen nachgewiesen haben, die Allergie durch pyogene Mikroorganismen verursacht wird.

Digitized by Google

Von den Trichophytiden ist die lichenoide Form (ekzematoide Form von ARZT) die häufigste. Die selteneren erythematösen Formen sind verschieden: außer den kleinmakulösen oder papulösen Erythemen können annuläre Formen entstehen, welche dem Erythema exsudativum multiforme ähneln (rheumatoide Gruppe von ARZT), oder mit ganz diffuser Hyperämie einhergehen, ganz wie der Scharlach (exanthematöse Gruppe von ARZT). Die nodösen Trichophytiden zählt ARZT der rheumatoiden Gruppe zu.

Skarlatiniforme Trichophytiden beschrieb in Begleitung von Kerion Celsi zuerst SUTTER. In seinen Fällen entstand aus dem skarlatiniformen Exanthem ein lichenoides Trichophytid; deshalb betrachtete er den scharlachartigen Ausschlag als ein Vorstadium des Lichen trichophyticus. In unserem Falle bestand der skarlatiniforme Ausschlag bis zum Ende; im Anschluß an eine Trichosaninjektion wurde er viel stärker, was als Beweis des trichophytischen Ursprunges zu betrachten ist. Daß die Injektion von Trichophytonpilzextrakten einen skarlatiniformen Ausschlag hervorbringen kann, konnte auch SUTTER in einem Falle beobachten. Er beschrieb im Zusammenhange mit den Hautexanthemen auch Enantheme; in unserem Falle konnte an den Schleimhäuten kein Ausschlag nachgewiesen werden.

SUTTER hält die hämatogene Entstehung des Ausschlages für wahrscheinlich; ob aber die Trichophytide durch Endotoxine, welche aus dem primären Herde in den Blutstrom und mit dem letzteren in die Haut gelangen oder aber durch auf hämatogenem Wege in die Haut verschleppte Pilzelemente, welche unter der Wirkung der Hautallergie zerlegt werden, verursacht werden, konnte er nicht entscheiden. Er neigt zur letzteren Ansicht, da es ihm gelungen ist, in den ersten zwei Tagen des Ausschlages aus einzelnen lichenoiden Herden den Pilz zu züchten. Später auf der Höhe des Ausschlages konnte er die Pilze nicht mehr nachweisen. In unserem Falle spricht der plötzliche Beginn, die symmetrische Lokalisation, die gleichzeitige Entstehung vieler Herde für den hämatogenen Ursprung. Im Trichophytid konnten wir trotz wiederholter Untersuchung weder mikroskopisch, noch kulturell den Pilz nachweisen. Dieser Umstand macht es wahrscheinlich, daß aus dem ekzematösen, primären Herde resorbierte Endotoxine den Ausschlag verursachten, wobei aber eine durch Zerlegung von in die Haut verschleppten Pilzelementen entstandene Hautentzündung nicht ausgeschlossen werden kann.

Die nach Entstehung des Trichophytides applizierte Trichosaninjektion löste eine sehr starke allgemeine Reaktion aus mit rasch vorübergehendem, hohem Fieber, Gliederschmerzen und mächtiger Steigerung der Erythems, außerdem eine starke Herdreaktion, mit Entstehung frischer Bläschen am Fuße, endlich eine Lokalreaktion: einen hyperämischen, ödematösen Herd von 4×4 cm im Durchmesser. Die starke Reaktion, die nach der Trichosaninjektion entstanden war, macht das Vorhandensein der spezifischen Allergie und den Zusammenhang des scharlachartigen Ausschlages mit der dysidrotiformen Trichophytie unzweifelhaft.

In bezug auf die Entstehung des durch die Injektion gesteigerten Ausschlages sind mehrere Erklärungen möglich; während einerseits das

Digitized by Google

applizierte Trichosan (auch selbst aus Trichophytonendotoxinen bestehend) einfach zur endotoxischen allergischen Reaktion beitragen und sie steigern konnte (Bloch), konnte andererseits die Aufwühlung des primären Herdes die Resorbierung neuer Pilzelemente ermöglichen, die in die Haut verschleppt und dort zerlegt, die Steigerung der Entzündung nach sich ziehen konnten (Jadassohn); nach der neueren Auffassung von Arzt ist es sogar möglich, daß bei der Entstehung des Trichophytides sowohl der toxische, als der Pilzkomponent teilnehmen konnte. Die mit Trichosan hervorgerufene Reaktion zeigt gleichzeitig (hierauf hat schon Arzt hingewiesen), daß wir mit der Injektion eine in der Haut vorhandene Reaktion sichtbar machen bzw. wie in unserem Falle, eine auf der Haut sichtbare Reaktion steigern können.

Die Krankengeschichte des Falles teile ich im folgenden mit:

Frau P. J., 37 Jahre alt, Haushälterin. Ihr Leiden begann vor einem halben Jahre mit roten Pünktchen und wasserklaren Bläschen, die bald vergingen, bald wieder kamen. Der Prozeß verbreitete sich ganz langsam. Ein ähnliches Leiden hatte sie nie gehabt.

St. pr.: 15. VIII. 1922. Auf der distalen Hälfte des rechten Fußrückens, bis zu den Zehen sich ausbreitend, an den Seiten des Fußes in proximaler Richtung weiterkriechend, sind auf schwach hyperämischer Basis zahlreiche hirsekorngroße, teilweise klare, teilweise trübe Bläschen zu sehen, die vereinzelt, stellenweise in Gruppen stehen. Auf den Seiten des Fußes befinden sich einige bohnengroße, eitrige Blasen, deren Decke stellenweise eingerissen ist. Zwischen den Bläschen sind einige linsen- bis hellergroße hyperämische, von einem Hornsäumchen umrandete, schuppende Herde bemerkbar, die teilweise verschmolzen, unregelmäßig verlaufende, scharfe Ränder besitzen. Der Prozeß juckt stark; in den interdigitalen Raum geht er nicht über.

In den Schuppen, im Hornsaum, sowie im Inhalt der trüben Bläschen sind mikroskopisch dünnere bis dickere, lange (in den Bläschen kurze) Fäden nachweisbar, mit einigen viereckigen Sporen. In den klaren, frischen Bläschen sind keine Pilze zu finden. Sowohl aus dem Bläscheninhalte, wie von dem Hornsaum auf Malteseagar gezüchtet, wuchsen in 5—6 Tagen trichophyton gypseumartige, weiße Pilzkolonien.

21. VIII. 1922. Am linken und rechten Unterarm, besonders an der Beugeseite sind einige zerstreute, stecknadelkopf- bis hirsekorngroße, hyperämische, etwas ödematöse Herde entstanden, von denen einige um die Follikel lokalisiert sind. Die Kranke klagt über Kopfschmerzen und allgemeine Mattigkeit. Temperatur 36,8° C.

23. VIII. 1922. An der Streck- und Beugeseite beider Arme, auf der Brust, besonders am Sternum, am Rücken, an den Schenkeln und Beinen, besonders um das Knie herum sind erbsen- bis linsengroße, hyperämische, etwas ödematöse, an der Hautoberfläche kaum hervorragende Flecken entstanden, die stellenweise verschmolzen handtellergroße, lebhaft rote Herde bilden. An der Spitze mancher kleinen Papel sind nadelstichgroße Bläschen bemerkbar, stellenweise mit kleinen, runden, eingetrockneten Krusten. An den Unterarmen ist hier und da feine Schuppung und linsen- bis erbsengroße, von feinen Hornsäumchen umrandete Herde zu sehen (erythematöses Trichophytid). Im Munde und Rachen keine Veränderung.

In den schuppenden Herden und kleinen Bläschen sind Pilze weder mikroskopisch, noch kulturell nachweisbar.

0,1—0,1 ccm Trichosan (Pápay) am linken Unterarm intrakutan.

24. VIII. 1922. Lokale Reaktion: 4 × 4 cm stark hyperämischer, ödematöser Herd.

Herdreaktion: Am Fuße sind zahlreiche frische Bläschen entstanden, und einzelne Bläschen sind trüb geworden. Aus dem vereiterten Bläscheninhalte ist derselbe Trichophyton-gypseum-Stamm gewachsen.

Allgemeine Reaktion: In der Nacht vom 23. zum 24. VIII. hatte sie starkes Fieber (39° C), Kopfschmerzen, Gliederreißen, starkes Jucken und Brennen. Am nächsten Tag war die Hyperämie stärker; der größte Teil der Herde war verschmolzen und hatte einen scharlachartigen Charakter. An den Armen haben sich die schuppenden Herde vermehrt.

Digitized by Google

28. VIII. 1922. Das Erythem ist ganz blaß, an seiner Stelle begann eine starke Schuppung; die Hornschicht kann stellenweise in Lamellen abgezogen werden. In diesen schuppenden Teilen konnten bei wiederholter Untersuchung weder mikroskopisch noch kulturell Pilze nachgewiesen werden.

30. VIII. 1922. Die Schuppung dauert an.

9. IX. 1922. Die Schuppung ist fast gänzlich verschwunden; die Haut ist von normalem Aussehen.

Zusammenfassung: Bei dysidrotiformer Trichophytie hat sich eine spezifische Allergie entwickelt. Das pathogene Trichophyton gypseum war im Bläscheninhalte nachweisbar. Im Laufe der Krankheit entstand ein skarlatiniformes Trichophytid. Trichosaninjektion löste eine starke, allgemeine Reaktion aus, und die Hautentzündung wurde in hohem Maße gesteigert.

Literatur:

Alexander, M. Kl., 1922, Nr. 49. — Arzt, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 136, H. 3. — Bloch, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 129. — Guth, Arch. f. Derm., 1913, Bd. 118. — Jadassohn, Korr. Bl. Schweiz., 1912, Nr. 1 und B. kl. W., 1918, Nr. 21. — Jessner, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 136, H. 3. — Kaufmann-Wolf, Derm. W., Bd. 21, S. 385. — Ota, Arch. of Derm., 1922, Bd. 5. — Rajka, Arch. f. Derm., 1923, Bd. 144. — Sehrmann-Rajka, Arch. f. Derm., 1923, Bd. 143. — Sutter, Arch. f. Derm., 1920, Bd. 127, H. 4.

Intermediärer Stoffwechsel und Hautkrankheiten.

Von

Dr. Erwin Pulay in Wien.

III. Harnsäure.

In der Klinik der Hautkrankheiten war es namentlich die französiche Dermatologenschule, welche eine Reihe von Dermatosen mit dem „Arthritismus" und der uratischen Diathese in kausale Relation gebracht hat.

Über diesen Gegenstand liegt eine ungeheure Literatur vor, ohne daß dieselbe einer schärferen wissenschaftlichen Kritik standhalten könnte.

All diese Beobachtungen lassen ein Eingehen auf das für die Orientierung des Harnsäurestoffwechsels vor allem anderen so maßgebende Verhalten der Blutharnsäure vollständig vermissen. Auf dieses Moment hatte bereits Bruno Bloch 1908 nachdrücklichst verwiesen und so mußte bei jeder derartig orientierten Fragestellung diesem Faktor vor allem Rechnung getragen werden.

Für uns war demnach die Fragestellung von vornherein gegeben; wir machten das Verhalten der Harnsäure im Blut zum Angelpunkt derselben und untersuchten, ob es vielleicht auf diesem Wege möglich wird, Dermatosen und uratische Diathese auf eine einheitliche, chemisch zu fassende Basis zu stellen.

Der durch Garrod erbrachte Nachweis von Harnsäure im Blut war für die Lehre vom Harnsäurestoffwechsel und daher auch für die Lehre der Gicht prinzipiell richtunggebend. Eigentlich war dadurch eine neue Epoche für die Gichtforschung eingeleitet. Das Bestehen einer Urikämie im Blut wurde als für die Gicht pathognomonisch angesehen.

Digitized by Google

Harnsäurebestimmung

Krankheitstypus	Fall I	II	III	VI	V
Urtikaria	5,29 (5,18)	4,64 (4,89)	3,72	—	—
Pruritus	5,68 (5,41)	5,64 (5,24)	5,76 (5,89)	5,65 (5,80)	12,74 (12,61)
Ekzem	5,65 (5,80)	5,76 (5,89)	4,29	3,64 (3,80)	3,24 (3,57)
Prurigo	6,70 (6,45)	2,463	—	—	—
Psoriasis	4,02 (4,14)	3,74 (3,62)	1,43	2,106	2,354
Seborrhoe (Akne vulgaris + Defluvium capillitii)	3,68 (3,72)	3,46 (3,19)	3,68	4,28 (4,10)	3,26 (3,14)
Acne rosacea . . .	1,294	5,59 (5,40)	2,64 (3,14)	2,34 (2,5)	—
Angioneurot. Ödem, Typus Quincke . .	1,72 (1,82)	—	—	—	—
Sklerodermie . . .	2,74 (2,15)	4,82	—	—	—
Raynaud	4,24 (4,00)	4,29 (4,14)	6,82	—	—
Erythema exsudativum multiforme mit Peliosis rheumatica	3,26 (3,14)	—	—	—	—
Lichen Vidal . . .	3,26 (3,14)	—	—	—	—
Xanthom	6,0	1,93	2,24	4,82	—
Lipomatosis dolorosa .	4,5 (4,14)	—	—	—	—
Erythema nodosum .	6,28	—	—	—	—
Lupus erythematosus	8,94 (8,70) 6,24 (6,57)	—	—	—	—
Lymphogranulomatosis cutis	12,74 (12,61)	—	—	—	—

Es kann hier auf die umfangreiche Literatur nicht eingegangen werden; es soll nur so viel gesagt werden, daß die Lehre vom Purinstoffwechsel sowohl theoretisch als auch praktisch vom Problem der Gicht ihren Ausgnng nahm und dasselbe stets in den Mittelpunkt der Diskussion rückte.

Für die Lehre vom Harnsäurestoffwechsel sind neben dem Nachweis der Harnsäure im Blute vor allem drei Feststellungen wesentlich. Die Begriffe des endogenen und exogenen Harnsäurewertes nach Burian und Schur, der Begriff der Uratohistechie (Gutzent) d. h. der Zurückhaltung von Harnsäure in den Geweben und der Reizharnsäure (Brugsch) d. h. die auf nervöse Reize hin ausscheidbare Harnsäure.

Systematisch wurde das Verhalten der Blutharnsäure in der Dermatologie noch niemals untersucht und wurde hier zum erstenmal Gegenstand einer eigenen Untersuchung.

Bei dem hohen klinischen Interesse, welches gerade die Harnsäure für sich beanspruchen muß, wie überhaupt dem Purinstoffwechsel und Nukleinstoffwechsel schon im Hinblick auf die Pathogenese der Gicht weitgehendste Bedeutung für klinische und pathologische Fragen zukommen wird, war es wichtig, diese Frage im Besonderen auf dermatologische Probleme hin auszudehnen, da die Klinik nur zu oft auf nahe Beziehungen zwischen uratisch bedingten Manifestationen im Organismus und gleichzeitig bestehenden Hautveränderungen hinweist. Es war da-

Digitized by Google

des Blutes.

Fall								
VI .	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
—	—	—	—	—	—	—	—	—
2,04	—	—	—	—	—	—	—	—
5,0 (4,90)	7,98 (7,40)	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
2,07 (2,00)	4,28 (4,10)	6,8 (6,1)	2,84 (2,76)	1,09	3,485	1,423	1,793	1,74
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—

her nahegelegen, diesen ganzen Fragekomplex einmal von der blutchemischen Seite her anzugehen.

Ehe wir auf die Besprechung der von uns erhobenen Befunde näher eingehen, müssen wir einige Bemerkungen über das Verhalten der Blutharnsäure resp. über ihren Nachweis im Blut voranschicken.

So lange man auf die präparatorische Darstellung der Harnsäure angewiesen war, stellte der Harnsäurenachweis im Blute eine schwierige Aufgabe dar. Dies wurde anders und gewann an neuer Bedeutung, als man eine Reaktion zur quantitativen Bestimmung der Harnsäure im Blut in Händen zu haben vermeinte. Es war das die von Maschke angegebene, und auf der Reduktion der Phosphor-Wolframsäure beruhende Reaktion. Nun wurden eine Reihe von Methoden zum quantitativen Harnsäurenachweis im Blute angegeben, welche alle im wesentlichen eine gute Enteiweißung des Blutes zur Voraussetzung haben. Wir können auf die Einzelheiten dieser Methoden hier nicht näher eingehen und wollen lediglich als die beste unter denselben die von Folin-Wu und Benedict angegebene nennen. Vor allem ermöglicht sie das Arbeiten mit kleinen Blutmengen (2—10 cm?)

Auch diese Methode wurde nun in verschiedener Weise modifiziert; dieselbe wurde während der letzten Jahre zur Feststellung des Härnsäuregehaltes im Blute verwendet.

Von einer Seite wird als optimaler Harnsäurewert mit Hilfe dieser Methode 3 mg angenommen, während Amerikaner die physiologische Maximalgrenze mit 4 mg angeben.

Es ist klar, daß, so wie jede kolorimetrische Methode auch die relativ noch am brauchbarsten zu verwendende Methode von Folin-Wu

Digitized by Google

stets nur bedingten Wert haben kann. Es scheint uns wichtig, hier zu betonen, daß wir mit all den augenblicklich vorhandenen Methoden zum Harnsäurenachweis keine einzige in Händen haben, welche auch uns einigermaßen genaue absolute Werte gibt. Wir arbeiten auch nach der Methode nach Folin-Wu mit Fehlerquellen, auf welche wir in diesem Zusammenhang neu hinweisen, nicht aber weiter eingehen wollen.

Wenn wir demnach uns auch bewußt sind, daß die kolorimetrische Mikromethode auf keinerlei quantitative Genauigkeit Anspruch erheben darf und daher die mit ihr gewonnenen Resultate niemals in dem Sinn zu deuten sein werden, als käme ihnen absolute Beweiskraft zu, so möchten wir andererseits doch glauben, daß wir zur Zeit, da wir über eine genauere Methode zum Nachweis der Harnsäure im Blut noch nicht verfügen, doch in der Lage sein werden, Vergleichsuntersuchungen mit Hilfe der bisherigen Methode anzustreben. Und auf solche Vergleichsresultate kommt es ja im wesentlichen bei den uns hier beschäftigenden Fragestellungen an. Im Augenblick, in dem wir uns jeder Zeit bewußt werden, daß die erhobenen Werte keine absoluten sind, sondern lediglich relative Bedeutung für sich beanspruchen, wird sich mit der Methode für derartige Untersuchungen arbeiten lassen. Dabei muß die Möglichkeit offen bleiben, daß wir mit Hilfe einer genauen Methodik neue Werte als physiologische Grenzwerte erhalten werden und bereit sein müssen, die bisherigen Resultate jederzeit einer Korrektur zu unterziehen, und wir werden vielleicht lernen, daß die bisher gewonnenen und als Maximalwerte angesprochenen Zahlen den tatsächlichen Verhältnissen nicht entsprechen.

Da es aber für die uns interessierenden Fragen doch lediglich darauf ankommt, ob sich verschiedene Dermatosen voneinander oder gegen die Norm durch einen verschiedenen Harnsäurespiegel unterscheiden, und wir derzeit als Arbeitshypothese den Wert von 3 mg auf Grund zahlreicher Normalbestimmungen als den physiologischen Maximalwert ansprechen möchten, so werden wir alle gewonnenen Untersuchungsresultate unter diesem Gesichtswinkel registrieren. Denn was könnte für unsere Fragestellung eine genaue Werte liefernde Methode leisten? Nicht mehr als daß sie uns zeigen würde, daß 1. die von uns supponierten physiologischen Maximalwerte falsch waren, 2. daß sich demnach zahlenmäßig die von uns erhobenen Werte bei den verschiedenen Krankheitstypen verschieben werden, ohne in ihrer Relation zueinander wohl ihre Gültigkeit einbüßen zu müssen. Andererseits hielte ich es für einen Schaden, die Untersuchungen über das Verhalten der Harnsäure im Blut bis auf jenen Zeitpunkt zu verschieben, der es uns ermöglicht, mit einer quantitativ verläßlichen mikrochemischen Methode zu arbeiten. Denn bei all den physiologisch chemischen Bestimmungen müssen wir uns stets klar sein, daß wir immer nur mit relativen Werten arbeiten. Wenn die Amerikaner als normalen physiologischen maximalen Harnsäurewert 4 mg im Blut normieren, und wenn wir die obere Grenze bei 3 mg festlegen, so werden in den normalen Ernährungsverhältnissen selbst gelegene, vielleicht auch nur klimatische Momente sein, welche auf den Harnsäurespiegel im Blute bestimmende Faktore Einfluß nehmen. Die Vorstellung, daß verschiedene Rassen, verschiedene klimatische Verhältnisse und schließlich voneinander differierende Ernährungsverhältnisse de norma den Harnsäurespiegel im Blut voneinander unterscheiden lassen werden, scheint ohne weiteres klar. Da wir aber bei allen derart orientierten Untersuchungen nur mit Vergleichswerten arbeiten, so dürfte die Divergenz der von uns erhobenen Mittelwerte wohl für die Auswertung der Resultate in letzter Linie belanglos sein; denn erscheinen den Armerikanern 4 mg als oberste Grenze der Norm, während wir dieselbe bei 3 supponieren, so werden eben Verschiebungen über 4 resp. über 3 als Urikämie angesprochen werden. An dem Faktum der Verschiebung über die normalen Grenzwerte hinaus ändert sich aber hierbei nichts.

Es schien mir wichtig, auf alle diese die Methodik betreffenden Momente in diesem Zusammenhang etwas breiter einzugehen, ehe ich auf die Diskussion der von mir erhobenen Resultate zu sprechen komme. Denn einerseits soll die mangelhafte Methodik, die allen bisherigen Harnsäurebestimmungen zugrunde liegt, klar ausgesprochen und nicht verschleiert sein, andererseits aber soll trotz der methodischen Mängel auf die Bestimmung der Harnsäure im Blut keineswegs verzichtet werden, da wir glauben, durch dieselbe tieferen Einblick in die Pathogenese mancher Dermatosen gewonnen zu haben und zu gewinnen.

Digitized by Google

Wenn wir die auf der Rückseite übersichtshalber in einer Tabelle zusammengefaßten Ergebnisse über die Harnsäurebestimmungen im Blute überblicken, so zeigen sich auf den ersten Blick weitgehende Differenzen.

Wir begegnen normale Werte neben abnorm hohen Harnsäurewerten.

Die höchsten bisher gefundenen Werte begegneten uns beim Pruritus, im Verlaufe einer Lymphogranulomatose und in einem Fall eines Lupus erythematodes. Der Pruritus zeigt durchweg bedeutend erhöhte Harnsäurewerte (sie sind fast auf das Doppelte der Norm vermehrt). Demnach ist es ferner klar, daß alle jene Formen von Ekzemen, für welche ich den Pruritus als ein Kardinalsymptom angesprochen habe, die sich also in ihrer Pathogenese um den Juckreiz gruppieren, sich durch erhöhte Harnsäurewerte charakterisieren. Während sich bei der Rosacea und der Psoriasis in der Mehrzahl der Fälle ein normaler Harnsäurespiegel hat feststellen lassen, konnte in 4 Fällen von Raynaud Urikämie nachgewiesen werden.

Die moderne Stoffwechselpathologie vertritt die Auffassung, daß einer jeden Retention von Stoffen im Blute eine solche im Gewebe parallel läuft (v. Monakow, Gutzent, v. Noorden, Schwarz und Pulay u. a.). Es kann noch nicht entschieden werden, ob hierbei dem Gewebe oder dem Blut primäre Bedeutung zufällt, d. h. ob zuerst die Retention im Gewebe oder im Blut stattfindet. Wie dem auch sein mag, müssen wir an der Tatsache festhalten, daß einer Vermehrung von Harnsäure im Blut eine solche im Gewebe parallel läuft. Bei der hohen Affinität, die der Haut für die Harnsäure zukommt, wird eine Urikämie des Blutes für dieselbe nicht ohne Belang sein. Die Harnsäure bedingt entzündliche Veränderungen im Gewebe, wofür zahlreiche histopathologische Untersuchungen sprechen. Die vermehrte Harnsäure im Gewebe wird aber auch physikochemisch veränderte Zustandsänderungen in demselben hervorrufen. Wir wissen heute, daß jeder Reiz, gleichgültig welcher Art er nun sein mag, im Gewebe mit Quellungsveränderungen beantwortet wird. Demnach setzt die Harnsäure Störungen im Quellungszustand und führt zur Erhöhung des Quellungsdrucks. Daß die geänderten Quellungsverhältnisse im Gewebe für die Veränderungen an der Haut nicht ohne Einfluß bleiben werden, ist eigentlich klar.

Subjektive Erscheinungen, wie Juckreiz, Spannungsgefühle werden durch die sensiblen Nervenendigungen im Sinne Schades aus den geänderten Quellungsdruckergebnissen (osmoregulatorische Organe) und dadurch auch geänderten osmotischen Druckverhältnissen zu erklären sein. Auch die objektiv wahrnehmbaren Manifestationen werden sich zu einem guten Teil physikochemisch fassen lassen. Im wesentlichen sind es doch immer wieder Erythem, Ödem (Infiltration) und Exsudation (Sekretion), welche die Krankheitsbilder charakterisieren. Sie alle lassen sich einer physikochemischen Deutung zuführen, für welche letzten Endes geänderte Quellungsverhältnisse im Gewebe maßgebende Bedeutung erlangen dürfen.

Die in systematischer Weise zum erstenmal an einem größeren Material von Hauterkrankungen durchgeführten Harnsäurebestimmungen

Digitized by Google

im Blute hatten zum Ergebnis, die Fälle mit bestehender Urikämie der klinisch wohl charakterisierten Gruppe der uratischen Diathese oder der Pseudogicht Pineles einzuordnen. Daher wird es uns ohne weiteres verständlich, diese Fälle so oft vergesellschaftet zu finden mit Störungen anderer Organe, die schon von altersher, all den verschiedenen wissenschaftlichen Moden trotzend, als zusammengehörig in eine Gruppe (gichtisch, artheritisch, uratisch) miteinbezogen wurden. (Neuralgien, namentlich den Trigeminus und den Ischias befallend, Vasoneurosen, chronische Obstipation, rheumatoide Beschwerden, Migräne, kardiovaskuläre Beschwerden, spastische Zustände.)

Gewerbliche Dermatosen[1]).

Von

Priv.-Doz. Dr. Otto Sachs in Wien.

Die gewerblichen Hauterkrankungen sind früher nur als Appendix der übrigen Dermatosen behandelt worden. Heute haben die durch Beruf und gewerbliche Arbeit hervorgerufenen Dermatosen einen Umfang und eine Bedeutung in der Dermatologie selbst, besonders aber in der Gewerbehygiene, angenommen, daß ihre Kenntnis nicht nur für den Dermatologen, den Gewerbehygieniker, sondern auch für den praktischen Arzt von Wichtigkeit ist. Für eine gewerbliche Hauterkrankung sui generis ist es notwendig und selbstverständlich, daß in den gleichen oder ähnlichen Betrieben durch die gleichen Schädlichkeiten oder Manipulationen die gleichen oder ähnlichen Schädigungen hervorgerufen werden.

Aber auch nach einer anderen Richtung haben die gewerblichen Dermatosen eine Bedeutung erlangt, und zwar in theoretisch-wissenschaftlicher Beziehung. Diese bilden ein dankenswertes Objekt für die Forschung auf allgemein und experimentell pathologischem Gebiete. Die Resultate dieser Untersuchungen haben zum Verständnis vieler Fragen der gewerblichen Dermatosen beigetragen und damit zur Aufklärung wichtiger Gesichtspunkte und Probleme für die allgemeine Pathologie und Dermatologie gedient oder wenigstens angebahnt. Ich erwähne nur ein Beispiel für viele: das zur Zeit aktuelle Forschungsgebiet des Teerkarzinoms. Bekanntlich beobachtet man bei Teer- und Paraffinarbeitern, Schornsteinfegern sehr häufig Karzinome. Experimentelle Untersuchungen haben nun ergeben, daß durch Einpinseln von Steinkohlenteer auf die Rückenhaut weißer Mäuse nach einigen Monaten Tumoren entstehen, welche klinisch und histologisch sich als maligne Neoplasmen erwiesen, in den inneren Organen Metastasen setzten und außerdem auf andere weiße Mäuse transplantiert werden konnten.

Die klinische Beobachtung der gewerblichen Dermatosen, sowie die experimentellen Untersuchungen, die zahlreichen Fragen prophylaktischer Maßnahmen, gewerbehygienische Fragen haben gerade in den letzten zwei Jahrzehnten bei uns und in Deutschland eine ausgedehnte Bearbeitung erfahren.

Das große Gebiet der unter dem Sammelnamen der Gewerbekrankheiten zusammengefaßten Erkrankungen ist mit der Zunahme der industriellen Unternehmungen, ihren komplizierten Technizismen in steter Erweiterung begriffen. Es besteht wie bei allen Erkrankungen bekanntlich auch bei den Gewerbekrankheiten ein inniger Kausalnexus zwischen bedingenden Schädlichkeiten und bedingten Schädigungen. Außer diesen kommt noch ein Faktor in Betracht, der auch bei dieser Gruppe von Erkrankungen nicht vernachlässigt werden kann: es ist dies die individuelle Disposition.

Die Frage der krankhaften Disposition spielt gerade bei vielen gewerblichen Hauterkrankungen eine große Rolle. Wir unterscheiden eine angeborene, zuweilen familiäre Überempfindlichkeit (Idiosynkrasie) von einer erworbenen

[1]) Fortbildungsvortrag, auszugsweise vorgetragen am 20. Februar 1923.

Digitized by Google

(Allergie, Anaphylaxie). Die angeborene Disposition oder Idiosynkrasie kann eine allgemeine oder eine spezifische sein, sie kann ferner eine absolute oder relative sein. Durch Pirquets Arbeiten ist der Begriff der Allergie eingeführt worden. Die Anaphylaxie entsteht vor allem nach parenteraler Einführung von körperfremden Eiweißstoffen, jedoch nach neueren Erfahrungen auch unter anderen Bedingungen, doch ist das Entstehen von im eigentlichen Sinne anaphylaktischen Phänomenen durch nichteiweißartige Substanzen sehr stark bestritten, daher ist es zweckentsprechender, nach der Auffassung von Dörr, Jadassohn, Kyrle, Volk, Zieler u. a. von Überempfindlichkeit (Idiosynkrasie) zu sprechen. Bekanntlich kommt außer der Disposition der Natur der Schädlichkeit, sowie der Dauer der Einwirkung derselben auf die Haut, der Reizstärke eine große Bedeutung für die Entstehung von gewerblichen Dermatosen zu. Eine mit der Disposition sicherlich in Zusammenhang stehende individuelle Verschiedenheit der Reaktion der Haut gegenüber den beruflichen Reizen wird auch bedingt durch eine angeborene oder erworbene Widerstandskraft. Männer sind in der Regel widerstandsfähiger als Frauen und Kinder. Blonde Leute, ebenso alte Personen erkranken leichter als dunkelpigmentierte oder junge Arbeiter. Innere Erkrankungen, wie Magen-Darmstörungen, Diabetes, Nephritis, Anämie, Syphilis, Tuberkulose, Alkoholismus bieten für gewerbliche Dermatosen ein günstiges Terrain.

Die Besprechung der gewerblichen Hauterkrankungen kann verschieden vorgenommen werden je nach dem Prinzip, welches der Einteilung zugrunde gelegt wird: je nachdem wir erstens die Krankheitsbilder allein, oder zweitens die schädlichen Agentien, welche diese Erkrankung hervorrufen, oder drittens die Berufszweige ins Auge fassen.

Nach dem Vorschlage Blaschkos unterscheiden wir: 1. die beruflichen Stigmata, 2. die Verbrennungen, Erfrierungen, Verätzungen, 3. die Erkrankungen der Talg- und Schweißdrüsen und die Karzinome, 4. die gewerblichen Nagelerkrankungen, 5. die beruflichen Toxikodermien, 6. die Gewerbeekzeme, 7. die beruflichen Infektionskrankheiten.

1. Die beruflichen Stigmata.

Unter beruflichen Stigmata verstehen wir Veränderungen der Haut, welche durch bestimmte gewerbliche Verrichtungen oder durch mechanische, chemische, kalorische Einwirkungen hervorgerufen werden, mit dem Aufhören der Beschäftigung schwinden oder bestehen bleiben und nicht als Gewerbekrankheiten im engeren Sinne zu betrachten sind, da sie die Funktionsfähigkeit nicht beeinträchtigen. Zu den ersteren rechnen wir Verfärbungen, Verhornungen, Nagelveränderungen, Auflagerungen gewisser Substanzen, Rhagaden, Exkoriationen und Pigmentierungen, zu den letzteren rechnen wir Bindegewebsneubildungen, Schleimbeutelbildungen, Einsprengungen unter die Haut und Narbenbildungen (Blaschko).

Verfärbungen. — Während des Krieges hatte ich Gelegenheit, mehrere Patientinnen zu sehen, welche an beiden Handtellern eine intensiv braungelbe Verfärbung der Haut und zum Teil der Nägel zeigten. Diese Gewerbeschädigung hängt mit der Beschäftigung zusammen, und zwar durch die Manipulation bei der Herstellung von Ersatzkaffee. Dieser wurde aus folgenden Bestandteilen zusammengesetzt: Rohzucker wird mit Wasser und Salzsäure versetzt und gekocht, daraus entsteht eine braune Masse, diese wird mit Rübmehl und Eicheln gemischt und gemahlen und gibt dann den im Handel erhältlichen Ersatzkaffee. Der Hauptanteil der Verfärbung ist auf die Manipulation mit dem gebrannten Zucker zu beziehen. Eine Patientin zeigte dieselbe Hautverfärbung außer an den Handtellern auch an beiden Fußsohlen.

In der Pelzindustrie konnte Schmitt Verfärbungen an beiden Händen feststellen. Riehl beobachtete solche Verfärbungen am Halse, namentlich bei Frauen durch Tragen von gefärbten Pelzen. Bekannt sind ferner die Verfärbungen an den Händen von Polierern. Diffuse Pigmentierungen der Haut, des Gesichts und der Handrücken sieht man bei Arbeitern, die im Freien beschäftigt sind, bei Erdarbeitern, Feldarbeitern, Dachdeckern, Maurern und Zimmerleuten, ferner bei solchen, die der strahlenden Wärme offener Feuer ausgesetzt sind, wie bei Schmieden, Hochofen- und Glasarbeitern (Oppenheim). Die Haut solcher Arbeiter wird oft bleibend atropisch, wie z. B. die Landmanns- oder Seemannshaut nach Unna.

Digitized by Google

Zwei andere Stigmata nach gewerblichen Hauterkrankungen möchte ich nur ganz kurz besprechen, und zwar zuerst die Schwielenbildungen. OPPENHEIM beobachtete bei Straßenkehrern charakteristische Schwielenbildungen zwischen Daumen und Zeigefingern; ferner ungewöhnliche Schwielenbildungen bei Tuch- und Schmiermittelarbeitern. SMITAL beschrieb aus der Klinik HOCHENEGG einen Fall von Gewerbeschädigung bei Faßbindern, bei welchen charakteristische Schwielen an beiden Flachhänden besonders der linken Hand nachzuweisen waren. Von OPPENHEIM, dem wir im Handbuche für gewerbliche Hautkrankheiten eine ausgezeichnete Studie über die beruflichen Stigmata der Haut verdanken, rührt eine neue Methode der graphischen Darstellung von Hautveränderungen, insbesondere der Schwielenbildungen der Flachhand her, die von ihm als Dermatotypie bezeichnet wird. Das von OPPENHEIM angewendete Verfahren ist das gleiche, welches im Kriminaldienste der Polizei als Daktyloskopie für die Fingerabdrücke von Verbrechern im Gebrauche steht.

Hier möchte ich nur einen Fall erwähnen, welcher als Stigma seines Berufes nicht gar zu oft beobachtet wird, es sind dies Ekchondrosen beider Ohrmuscheln bei einem Akrobaten. Die Entstehung derartiger Ekchondrosen, bei den alten Griechen und Römern als Fechterknoten gekannt, ist auf das Anschlagen der unteren Extremitäten an beide Ohrmuscheln des die Pyramidenbasis bildenden Akrobaten. Solche Knoten konnte ich auch experimentell erzeugen, bei Kaninchen entwickeln sich nämlich nach Durchstechen des Ohrknorpels der die Versuchsnummer tragenden Blechmarke knotenförmige Auftreibungen, welche histologisch größtenteils aus gewuchertem Knorpelgewebe bestehen und mit den Ekchondrosen der Ohrmuscheln bei Akrobaten den gleichen Bau aufweisen.

In der Literatur sind zahlreiche Fälle von Einsprengungen durch Kohlenpartikelchen, Stein- und Stahlsplitter, Pulverkörnchen usw. bekannt. Bei Silberschleiferinnen konnte ich solche Einsprengungen von Silberpartikelchen und Bimsstein namentlich an der Stirnhaut beobachten. Beim Darüberstreichen mit der Hand konnte man deutlich die spitzen Stacheln der eingesprengten Partikelchen wahrnehmen. Solche Einsprengungen z. B. bei Müllern durch Stahlteilchen haben EHRMANN, OPPENHEIM, SAPHIER u. a. beschrieben. Durch Platzen einer Mine sah ich bei einem Soldaten zahlreiche Einsprengungen von Steinsplittern in der Haut.

2. Verbrennungen, Erfrierungen, Verätzungen.

Nun wende ich mich der Besprechung der gewerblichen Dermatosen, und zwar zunächst den Verbrennungen, zu. Ich will nur die wichtigsten und in meinem Ambulatorium am häufigsten zur Beobachtung gelangten besprechen. Dem Geschlecht nach waren mehr Männer als Frauen zur Behandlung mit Verbrennungen gekommen, nach meinem kleinen Krankenmaterial 1:5. Besonders während der Kriegszeit vom 1. August 1914 bis 1. Dezember 1918 hat die Zahl der Verbrennungen namentlich in den für Kriegszwecke beschäftigten Betrieben außerordentlich zugenommen. Der Lokalisation nach waren am häufigsten der Fußrücken befallen, nächst diesem Vorderarme und Hände, Gesicht und Hals waren in kleinerer Anzahl vertreten. Namentlich für die Gußverbrennungen (OPPENHEIM) ist die Lokalisation auf dem Fußrücken als typische zu bezeichnen. Unter einer typischen Verbrennung versteht WEIDENFELD eine durch Hitze entstandene Verletzung, wobei erstens der Mechanismus der Verbrennung, zweitens die Lokalisation derselben und drittens auch der Grad fast immer der gleiche ist. OPPENHEIM hat sich zuerst mit dieser Art von Verbrennungen beschäftigt. Dem Grade nach waren die von mir beobachteten Verbrennungen zweiten Grades am häufigsten, ungefähr zwei Drittel, während nahezu ein Drittel Verbrennungen dritten Grades waren, der restliche Teil bezog sich auf solche ersten Grades.

Was das zu den Verbrennungen führende Material betrifft, so konnte ich in fast der Hälfte der in meinem Ambulatorium behandelten Verbrennungen flüssiges Eisen als Ursache der Verbrennung feststellen; es waren typische Gußverbrennungen. In etwa einem Fünftel der Fälle ist flüssiges Metall zu beschuldigen, in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl kamen Verbrennungen durch Kolophonium sowie durch Explosion zustande.

WEIDENFELD berichtet über zwei typische Verbrennungsformen; die eine beobachtet man beim Schneidergewerbe, welche durch das Bügeln entsteht. Die Ver-

Digitized by Google

letzungen können erfolgen: 1. durch das Feuer und die sonstigen Anordnungen, die zum Erhitzen des Bügeleisens notwendig sind, 2. durch das Bügeleisen selbst und 3. durch die entstandenen Dämpfe. Die typische Verbrennung findet sich an den ersten Phalangen der Zeigefinger und Mittelfinger der linken Hand in Form einer Blase. Die zweite typische Verbrennung kommt nach Weidenfeld bei Ziseleuren vor und besteht in einer durch Explosion eines Rohres erfolgten tropfenförmigen Zersprengung heißen Kolophoniums, welches auf die Haut der Hand zerstreut wird.

Eine andere Form ist gleichfalls charakteristisch durch zahlreiche, punktförmige Verbrennungen auf dem Handrücken, die ich bei Arbeitern, die mit dem Einbrennen der Kohlendrähte in elektrische Glühlampen beschäftigt sind, beobachten konnte. Schließlich erwähne ich noch die zahlreichen, in Marmelade- und Obstkonservenfabriken sich ereignenden Verbrennungen aller Grade. Die heiße, in großen Behältern befindliche Marmelade wird beim Tragen derselben an den Henkeln sehr oft herausgeschleudert. Dadurch kommen sehr schwere Verbrennungen an den Vorderarmen, besonders an den Händen, zustande.

Erfrierungen. — Abgesehen von den zahlreichen Erfrierungen, welche direkt mit dem Beruf im Freien in Zusammenhang zu bringen sind, ist die Zahl der nichtberuflichen Erfrierungen gerade während des Krieges und in der Nachkriegszeit beträchtlich angestiegen. Diese Zunahme der Erfrierungen läßt sich sicherlich auch mit der Unterernährung großer Bevölkerungsschichten erklären.

Ulzerationen durch mechanische Insulte. — Bei jenen Berufen, bei welchen zum Polieren von Metallgegenständen, Silberwaren, Glastafeln, Spiegelgläsern gepulverter Bimsstein verwendet wird, kommt es sehr häufig an den Fingern, besonders an den Fingerspitzen zu Exkoriationen, Ulzerationen, namentlich dann, wenn diese Stellen durch Verunreinigung mit Eitererregern infiziert werden. Bei Roßhaarspinnern sieht man fast regelmäßig an den Beugeflächen des zweiten und dritten Fingers beider Hände Rhagaden. Bei Hutmachern beobachtete ich eine für diesen Beruf charakteristische Rhagade der Beugefläche des rechten Zeigefingers. Beim Walken der Hüte, und zwar beim Formen der Hutkrempen, wird am Rande derselben durch Einschlagen des Hutrandes eine Rinne gebildet; in diese eine Schnur eingelegt und um den rechten Zeigefinger gewickelt und fest angezogen. Durch diesen Zug wird der Hutrand, die sogenannte Hutkrempe, in toto in die Höhe gezogen, um derselben die entsprechende Form zu geben. Durch diese Manipulation entsteht dann eine sehr tiefgreifende, zirkulär um den Zeigefinger laufende, besonders an dessen Beugefläche tiefgehende Schnittwunde.

Verätzungen. — Bei den gewerblichen Verätzungen der Haut müssen wir zunächst die plötzlich eintretenden von den durch chronische Einwirkungen von Ätzmitteln entstehenden Substanzverlusten unterscheiden. Auf die zahlreichen gewerblichen Verätzungen durch Mineralsäuren und Alkalien will ich hier nicht näher eingehen, sie sind durch vielfältige Verwendung derselben in den verschiedensten Industriezweigen erklärlich, wie z. B. bei Arbeitern in der chemischen und Elektroindustrie. Perutz hat gelegentlich einer Demonstration eines Falles von Verätzung des Gesichts mit konzentrierter Schwefelsäure in der Wiener dermatologischen Gesellschaft auf die differentialdiagnostische Bedeutung der Ätzschorfe hingewiesen. So findet man bei Schwefelsäureverätzung dunkelbraune bis braunschwarze Ätzschorfe, bei Salpetersäureverätzung eine gelbe Farbe (Xanthoproteinsäurereaktion der Haut). Bei Pikrinsäureverätzungen sieht man neben einer zentralen, schmutzigbraunen Verfärbung die Haut gelb imbibiert. Der Schorf der Salzsäureverätzungen ist schmutzigweiß, der der Essigsäureverätzung grünlich.

Zu den gewerblichen Verätzungen gehören auch gewisse Geschwürsbildungen, die sich im Laufe der Zeit allmählich ausbilden. Ich erwähne die den französischen Ärzten schon lange bekannten Verätzungen der Gerber. Bei uns sind diese Verletzungsformen näher bekannt geworden durch die Arbeiten von Ehrmann, Grosz, Löwenbach, Neugebauer, Nobl, Oppenheim, Riehl, Sachs, Spietschka u. a. Neugebauer hat aus dem Ambulatorium Oppenheims eine Arbeit über „typische Verätzungen an den Händen der Metallarbeiter, Galvaniseure, Bildhauer usw." veröffentlicht. Bei Gerbern, Galvaniseuren und Gipsern kommt Kalk als schädliches Agens in Betracht, Schwefelsäure besonders bei Verzinkern oder Hutmachern (Sachs). Ehrmann und Grosz beobachteten Ätzgeschwüre nach Rohsoda. Oppenheim, Sachs u. a. beschrieben Ätzgeschwüre nach Kalium

Digitized by Google

bichromat. bei Stockdrechslern. Gleichfalls bei Stockdrechslern konnte ich Ätzgeschwüre nach Kalium hypermanganicum, welches als Beize verwendet wird, beobachten. Diese Ätzwirkung durch Kalium hypermanganicum wurde auch in der Therapie des Lupus vulgaris empfohlen. Ebenso wie vom Chrom ist auch vom Arsen bekannt, daß es Hautgeschwüre veranlassen kann. PERUTZ konnte aus meinem Ambulatorium über Ätzgeschwüre nach Wasserglas (kieselsaures Natron) bei Kartonnagearbeitern berichten. Diese Ätzgeschwüre kommen wahrscheinlich durch überschüssige Natronlauge bei vorhandenen Exkoriationen an den Händen zustande. SEIDER hat solche Verätzungen aus meinem Ambulatorium in der Wiener dermatologischen Gesellschaft demonstriert.

Recht häufig sah ich Verätzungen, mitunter recht schwere Formen, durch wäßrige Flußsäure (Acidum hydrofluoricum), und zwar bei Arbeiterinnen in einer Glühlampenfabrik. Flußsäure wird zum Mattmachen der Glühlampen verwendet. Der technische Vorgang gestaltet sich in der Weise, daß ein Mattbad zur Ätze der Lampen bereitet wird, in dem Fluorammonium in heißem Wasser aufgelöst wird mit einem kleinen Zusatz von schwefelsaurem Ammonium, sowie einer geringen Menge von Schwefelsäure. Die Arbeiterinnen brauchen und dürfen nicht in das Bad greifen, hingegen kommen sie mit dem Wasser, in welchem die Lampen abgewaschen werden, in Berührung. Dazu stehen ihnen Gummihandschuhe zur Verfügung. Trotz Ermahnung sind die Arbeiterinnen ungemein unvorsichtig, und darauf ist es zurückzuführen, daß sie hier und da Geschwüre an den Händen bekommen. Die Entwicklung derselben ist auf die Manipulation mit Flußspatsäure zurückzuführen. FUHS hat aus der Klinik RIEHL gleichfalls einen Fall von Flußsäureverätzung demonstriert.

Durch die Arbeiten S. ERDHEIMs sind wir mit Verletzungen durch Tintenstifte (Kopierstifte aus Methylviolett), ebenso durch meine Beobachtung von Nekrosen durch schwarzen italienischen Zwirn, welcher einen Anilinfarbstoff, das Eisschwarz, enthält, bekannt geworden. Auf diese durch Anilinfarbstoffe hervorgerufenen Nekrosen werde ich bei Besprechung der durch Anilinfarbstoffe entstandenen Hautveränderungen noch näher zurückkommen.

MAC LEOD sah bei einer Munitionsarbeiterin Nekrosen an den Fingerspitzen auftreten, entstanden durch Hantieren mit einem Zündgemisch, welches Quecksilber, Antimon, Kalium, Schwefel usw. enthält.

Hier möchte ich noch einen Fall anführen, der zwar nicht als Gewerbekrankheit aufzufassen ist, aber in klinischer und therapeutischer Beziehung bemerkenswert erscheint. Ein Kollege hat sich auf eine im Sulcus coronarius penis nach einem ehelichen Koitus entstandene Rhagade ein einziges Mal Orthoform gestreut. Im Anschlusse daran trat an Stelle der Rhagade eine Nekrose auf, welche einen syphilitischen Primäraffekt vortäuschte, dazu kam noch eine rechtsseitige Leistendrüsenschwellung, welche den Verdacht eines syphilitischen Primäraffektes nahelegte. Unter indifferenter Therapie und Antiphlogose kam es zur Heilung.

Nach meinem Krankenmateriale finden wir häufiger Männer als Frauen von diesen Verätzungen befallen. In der Mehrzahl der Fälle waren es Verätzungen zweiten Grades, in der Minderzahl solche dritten Grades. Was die Schädlichkeit betrifft, so konnte ich feststellen, daß die häufigsten Verätzungen durch Schwefel- und Salzsäure, sowie mit Ätzkalk, weniger durch Salpetersäure zustande kommen. Daran schließen sich in kleinerer, aber ziemlich gleichbleibender Anzahl die Verätzungen durch Flußsäure, Karbolsäure, Chromsäure, Kalium hypermanganicum usw. an. Auf die in den verschiedenen gewerblichen Berufen auftretenden Verätzungen konnte ich in einer besonderen Arbeit hinweisen.

Schließlich möchte ich noch die bekannte Tatsache erwähnen, daß sich im Anschluß an Verätzungen recht häufig hypertrophische Narben, sogenannte Narbenkeloide, entwickeln.

Karbid und Kalkstickstoffdünger. — Im Anschluß an die Verätzungen durch Säuren und Alkalien möchte ich die durch Karbid und Kalkstickstoffdünger hervorgerufenen Geschwürsbildungen und Nekrosen einer Besprechung unterziehen. Beide Stoffe finden in der Industrie und Landwirtschaft ausgedehnte und weitverbreitete Anwendung, so daß gerade in den letzten Jahren gewerbliche Hautschädigungen durch diese in größerer Anzahl beobachtet wurden.

Karbid wird zur Erzeugung von Azetylengas als Ersatz für die Leuchtgas- und elektrische Beleuchtung verwendet. Azetylengas wird fast allgemein aus

Digitized by Google

Kalziumkarbid hergestellt. Kalziumkarbid ist ein grau- oder bläulichschwarzer, harter Körper, der sich aus einer Mischung von Ätzkalk und Kohle im elektrischen Ofen bei einer Hitze von etwa 3000° C bildet. Das Kalziumkarbid CaC_2 besteht aus 62,5% Kalzium und 37,5% Kohlenstoff; es vermag dem schwächsten Lösungsmittel, welches wir kennen, dem Wasser, nicht zu widerstehen. Von chemischen Mitteln, wie z. B. rauchender Salpetersäure, Benzol, wird Kalziumkarbid nicht verändert. Man kann es zerkleinern und mit dem Hammer in ein Pulver verwandeln. Aber auch in Pulverform ist das Kalziumkarbid unverbrennlich, es ist ferner nicht selbstentzündlich. Bei der Berührung mit Wasser zersetzt es sich in Kalziumoxyd und Azetylen. Wenn Kalziumkarbid in einzelnen Stücken der feuchten Luft ausgesetzt ist, zersetzt es sich an der Oberfläche, so daß es von einer schützenden Kalkhülle umgeben wird. In Pulverform tritt dagegen die Zersetzung sehr rasch ein. Beim Zusammenbringen von Karbid und Wasser entstehen zwei Körper, ein Gas, das Azetylen, und ein fester Körper, gelöschter Kalk (Kalkhydrat). Im Gegensatz zu anderen organischen Verbindungen, wie z. B. Kohle, Koks, Mehl, Getreide usw., die bei Entzündungen in Brand geraten, läßt sich das Kalziumkarbid nicht entzünden. Um letzteres zur Entzündung zu bringen, ist der Hinzutritt von Wasser absolut notwendig. In der Prosektur Hofrat Paltaufs habe ich mich mit experimentellen Untersuchungen über die Einwirkung von Karbid auf die menschliche und tierische Haut beschäftigt. Klinisch finden wir bei den mit Karbid Hantierenden zweierlei Arten von Schädigungen der Haut, welche denen durch Ätzkalk hervorgerufenen in Analogie zu setzen sind. Erstens sind es die Dermatitiden und zweitens Verätzungen in Form von zirkumskripten Geschwüren (Nekrosen). Die Dermatitis ist hauptsächlich auf die Manipulation mit dem trockenen, harten Kalziumkarbid zurückzuführen. Kommt dabei Wasser auf die Hände, so entsteht unter Wärmebildung Azetylengas und Löschkalk, welcher auf der Haut die Ursache für die Entstehung von Ätzgeschwüren abgibt.

Aus den experimentellen Untersuchungen folgt, daß sowohl bei Einwirkung von trockenem, pulverisiertem Karbid als auch bei gleichzeitiger Einwirkung von Wasser und Karbid Nekrose auftritt. Im ersteren Falle wäre die Nekrose durch das Hinzutreten der Stall- oder Luftfeuchtigkeit zu erklären; im zweiten Falle ist die Nekrose entsprechend der Größe des verwendeten Karbidstückchens und der Dauer der Einwirkung verschieden der Fläche und der Tiefe nach. Es ist anzunehmen, daß die Nekrose fast ausschließlich auf die chemische Einwirkung des durch die Luft- oder Stallfeuchtigkeit oder durch Wasser zersetzten Karbids, welches wie eine Lauge durch das Gewebe diffundiert, zum kleinsten Teil aber auch auf die mechanische Einwirkung der kleinsten Karbidpartikelchen zu beziehen ist. Auf die interessanten histologischen Untersuchungen kann ich hier nicht näher eingehen.

Die Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen stimmen mit der klinischen Beobachtung vollständig überein, und aus diesen ergeben sich wichtige Anhaltspunkte für prophylaktische Maßnahmen bei der Manipulation mit Karbid. Die Ätzgeschwüre nach Karbid treten hauptsächlich an den Händen, Handrücken, Handtellern und Fingern auf. Die Ätzgeschwüre nach Karbid sind denen durch Ätzkalk oder Kalkstickstoffdünger hervorgerufenen in Analogie zu setzen. Schon die mechanische Irritation allein genügt, um die Haut der Hände trocken, spröde und rissig zu machen. Trockenes Karbid entfaltet, auf die trockene Haut gebracht, bei kurzer Einwirkung chemisch keine Wirkungen. Zwischen den Fingern zerrieben, zerbröckelt es und vergast ein wenig, erkennbar an dem deutlichen Geruch von Azetylengas. Es kommt also bei der Manipulation mit trockenem Karbid auf der trockenen Haut lediglich die mechanische Komponente in Betracht, welche die Haut der Hände bei länger dauernder Beschäftigung trocken, spröde, rissig und etwas dunkel gefärbt macht. Schon bei erhöhter Handfeuchtigkeit, bei Luftfeuchtigkeit, aber ganz besonders bei Hinzutreten von Wasser entwickelt sich aus dem Karbid unter Wärme- und Gasbildung je nach der Größe des Karbids und nach der Dauer der Einwirkung ein mehr oder weniger tiefgreifendes Ätzgeschwür.

Die in den Betrieben mit Karbid beschäftigten Arbeiter bekommen zum Schutze gegen Verätzungen Lederhandschuhe. Diese werden jedoch nach kurzem Gebrauche trocken und brüchig. Das Karbid gelangt dann leicht durch das rissige Handschuhleder auf die Haut. Beim Arbeiten im Nassen werden Leder-, Gummi-, auch Segeltuchhandschuhe vor dem Durchlöchern durch die ätzende Wirkung des Karbids nicht verschont. Da auch letztere durch die Ätzwirkung schadhaft werden können,

Digitized by Google

so würde sich vor dem Anziehen der Segelleinwandhandschuhe Einfetten der Hände mit reinem amerikanischem Vaselin, welches wasserfrei ist und fast gar kein Wasser aufnimmt, und nachheriges Einstauben mit Talcum venetum empfehlen. Auch bei ausschließlicher Manipulation mit trockenem Karbid wäre, wie die experimentellen Untersuchungen ergeben, die Feuchtigkeit der Handteller sowie die Luftfeuchtigkeit in Betracht zu ziehen, und daher sind sowohl für die Beschäftigung mit dem trockenen Karbid als auch bei Arbeiten im Nassen entsprechende Vorsichtsmaßregeln zu treffen.

Beim Zerkleinern des Karbids ist darauf Bedacht zu nehmen, daß die Entwicklung von Staub möglichst vermieden wird. Die damit beschäftigten Arbeiter sind verpflichtet, sich bei dieser Arbeit der zu ihrer Verfügung stehenden Respiratoren und Schutzbrillen zu bedienen. Herz- und lungenkranke Arbeiter haben von ihrem Leiden ihren Vorgesetzten Anzeige zu erstatten. Aus hygienischen Gründen sollten daher schwächliche Arbeiter und solche, deren Atmungs- und Sehorgane nicht vollständig in Ordnung sind, nicht verwendet werden. Bei Nichteinhaltung der gewerblichen Vorschriften trifft dann für die Entstehung von Ätzgeschwüren nur denjenigen die Schuld, der die Verordnung nicht befolgt hat.

Kalkstickstoffdünger. — Wie bereits erwähnt, haben die durch Karbid hervorgerufenen Ätzgeschwüre das gleiche Aussehen und dieselbe Pathogenese wie Geschwüre nach Ätzung mit Kalk oder solche nach Einwirkung von Kalkstickstoffdünger; letztere sind zuerst von KOELSCH, dann von E. HOFFMANN, v. NOTTHAFFT, SCHLIER, MEMMESHEIMER, anderweitige Hautschädigungen wie Dermatitiden von KOELSCH, VAN HUSEN, Augenverätzungen gleichfalls von KOELSCH beschrieben worden.

Nach den ausführlichen und sehr bemerkenswerten Arbeiten von KOELSCH stellt Kalkstickstoffdünger ein schwarzes Pulver dar, welches aus Kalziumzyanamid besteht, außerdem geringe Mengen Schwefelkalzium, pulverisierte Kohle und etwa 40—42% Kalzium, entsprechend 56—57% Kalziumoxyd, enthält, durch welches die Möglichkeit von Verätzungen gegeben ist. Die Ätzwirkung kommt durch den Kalziumgehalt des Kalkstickstoffdüngers zustande. Kalziumzyanamid wird durch die Kohlensäure und andere Bodensäuren unter dem Einfluß der Bodensäuren in kohlensauren Kalk und Zyanamid zersetzt. Das freie Zyanamid wird unter Aufnahme von Wasserstoff und Sauerstoff zu Harnstoff umgesetzt. Der Harnstoff wird — ebenso wie in der Stalljauche — in Ammoniak bzw. kohlensaures Ammoniak und Salpetersäure übergeführt und von der Pflanze ohne weiteres aufgenommen.

Die zahlreichen Schädigungen für den Menschen kommen in Kalkstickstoffbetrieben, beim Mahlen, Absacken und Transport, bei der Landwirtschaft zustande. Die eigentliche Schädigung beruht, wie ich bereits ausführte, auf Ätzwirkung infolge des Kalkgehaltes, wodurch die Epidermis zunächst gelockert und abgehoben wird. Ist diese abgehoben, dann schreitet die Kalkeinwirkung fort. An den Händen, Füßen, Knien entwickeln sich durch die Einwirkung von Kalkstickstoffdünger ausgedehnte Dermatitiden, sehr häufig schwere Verätzungen und Nekrosen. An den Konjunktiven kommt es oft zu einem schweren Bindehautkatarrh, manchmal mit kleinen Verätzungen einhergehend, auch Keratitis, Ulcus corneae wurden beschrieben. Schließlich wurden über Fälle von Nasen- und Rachenkatarrh und Bronchitiden, sowie Stomatitis durch Kalkstickstoffdünger berichtet.

Die Prophylaxe in Kalkstickstoffdüngerbetrieben besteht zunächst darin, daß die Haut vor der Arbeit einzufetten ist. Vor dem Waschen soll die verstaubte Haut erst mit Vaseline abgerieben werden. Wichtig ist ferner das Tragen von Schutzbrillen sowie Masken, um das Einatmen von Kalkstickstoffdünger zu verhüten.

3. Erkrankungen der Talg- und Schweißdrüsen.

Recht häufig finden wir die Talg- und Schweißdrüsen durch gewerbliche Beschäftigung befallen, entweder allein oder in Verbindung mit Verfärbungen der Hautdecke oder einer Dermatitis derselben. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß ihre Genese entweder exogenen oder endogenen Ursprungs ist. Bei der letzteren Entstehungsart werden die toxischen Substanzen entweder durch Inhalation aufgenommen oder seltener durch den Magen-Darmkanal resorbiert und dann durch die Talgdrüsen ausgeschieden. Aus dieser verschiedenen Entstehungsweise erklärt sich die große Anzahl der zu beobachtenden artifiziellen Akneformen.

Digitized by Google

Herxheimer war der erste, welcher die Chlorakne beschrieben hat, deren hervorragende Merkmale in Komedonenbildung, diffuser dunkler Pigmentierung und in Follikulitiden teils mit, teils ohne Vereiterung bestehen.

Zahlreiche Autoren, wie Brandt, Bruhns, Eisner, Hallopeau und Lerniere, Hallopeau und Trastour, Wechselmann u. a., haben das zuerst von Herxheimer beschriebene Krankheitsbild der Chlorakne gleichfalls beobachtet und konnten eine genaue Übereinstimmung desselben mit ihren Fällen feststellen. Alle diese Fälle stammen aus chemischen Fabriken, in welchen auf elektrolytischem Wege Chlor aus Chlorkalium hergestellt wird. Herxheimer glaubt, daß außer einer exogenen Komponente für die Entstehung der Chlorakne auch die Einatmung des Gases in Betracht kommt, worauf die Art und das Bestehen der Allgemeinerscheinungen hindeuten. Nach Spiegler und Grosz entsteht die Chlorakne wahrscheinlich durch Einatmung von Chlordämpfen. Ehrmann führt die Genese der Chlorakne teils auf das Einatmen des Gases, teils auf direktes Eindringen desselben in die Follikel zurück. Sie besteht in Bildung von Komedonen und indurierten Formen. Kreibich spricht sich über die Entstehung der Chlorakne dahin aus: „daß die Erkrankung durch äußere artifizielle Momente bedingt ist, wird von allen Autoren hervorgehoben, daß die Ursache reines Chlor ist, wird von den meisten bestritten. Es wäre naheliegend, bei Chlor eine ähnliche Wirkungsweise wie beim Brom, Jod anzunehmen, dagegen sprechen aber die Retentionserscheinungen, die Komedonen, die der Akne vorausgehen, die höchstwahrscheinlich eine Folge der Hyperkeratosen sind und für die äußere Einwirkung einer bei der Chlorerzeugung entstehenden chemischen Schädlichkeit sprechen."

Die Untersuchungen und Beobachtungen in verschiedenen Betrieben (Holzmann), in denen das Chlor zum Teil elektrolytisch, zum Teil auf andere Weise gewonnen wird, haben ergeben, daß es sich wahrscheinlich um eine lokale Einwirkung handelt, aus welcher sich dann z. B. die Komedonenbildung am Penis erklärt. Man konnte nämlich sehen, daß bei den nichtelektrolytischen Betrieben die Akne gewöhnlich mit einer Dermatitis anfängt, die sich ziemlich akut nach dem Beginn mit der Beschäftigung einstellt — wobei in diesen Betrieben große Hitze herrscht —, während bei den elektrolytischen Arbeitern die Akne sich gewöhnlich ohne Dermatitis entwickelt und in erster Reihe diejenigen befällt, welche mit dem Anodenschlamm, wo sich das Chlor absetzt, zu tun haben, wenn sie die Zellen reinigen. Die Erkrankung beginnt ferner zunächst an den von der Kleidung unbedeckten Körperstellen, was wieder auf den äußeren Reiz durch ein chloriertes Produkt hinweist, welches bei höherer Temperatur gasförmig ist und mit anderen Dämpfen mitgerissen wird, bei der Abkühlung aber sich dem feuchten Anodenschlamm beigesellt.

Aber auch durch andere gasförmige Stoffe, welche bei verschiedenen industriellen Unternehmungen verwendet werden, kommt es zur Entwicklung einer Akne. So berichtet Broussolle über Akne durch Naphthalindämpfe in einer Teerdestillationsfabrik, Oppenheim beobachtete einen Arbeiter in einer Munitionsfabrik, welcher eine Bromakne und ein Bromoderma tuberosum zeigte und mit der Herstellung von Stinkbomben — Füllung von Bomben angeblich mit Xylol und Bromwasserstoff — beschäftigt war.

An die Chlorakne schließen sich jene Erkrankungen des Follikularapparates an, welche nach so häufiger Anwendung des Teers oder teerähnlicher Präparate, bei Beschäftigung mit Teer, Erdöl, Petroleum, Paraffin, Benzol, Vaselin usw., entstehen. Hierher gehören ferner die Follikulitiden und Akneformen bei Personen, welche mit Maschinenöl, Wagenschmiere, Terpentin, Firnis usw. zu tun haben.

„Der pathologische Vorgang bei allen diesen Formen spielt sich," wie Kreibich ausführt, „vorwiegend im Follikeltrichter ab. Zunächst tritt Lichen pilaris auf, wobei das obere Ende des Hornpfropfes schwarz verfärbt ist. Besteht bereits Lichen pilaris infolge ichthyotischer Hautbeschaffenheit, so wird derselbe gesteigert; um die follikulären Hornkegel herum bildet sich nun eine Rötung aus, die langsam zu einem derben, roten Knötchen führt. Alle diese Knötchen können sich nun ohne Eiterung wieder langsam resorbieren, oder es tritt im Zentrum ebenfalls äußerst langsam eine Pustel auf, oder es kann endlich die ganze Erkrankung unter dem Bilde einer akuten Follikulitis mit Bildung deutlicher, großer Pusteln verlaufen." Histologisch ist noch bemerkenswert die oft beträchtliche Vergrößerung der Talgdrüsen (Hypertrophie und Hyperplasie), ferner Zystenbildung und zahl-

Digitized by Google

reiche miliare Abszesse in dem den Follikeltrichter umgebenden entzündlichen Zellinfiltrat, welches manchmal auch Riesenzellen und epitheloide Zellen enthält.

Daran anschließend möchte ich nur eine ganz kurze Besprechung der wichtigsten, in den letzten Jahren erschienenen Arbeiten über artifizielle Akne anschließen.

Allgemein bekannt ist das Auftreten von Akne nach Manipulation mit Teer, Asphalt, Briketts usw. Zahlreiche Autoren, wie NOBL, OPPENHEIM, FISCHL, PERUTZ u. a., konnten solche Fälle beobachten. KREN, NANDER, ULLMANN beschreiben Fälle von Akne artificialis nach Petroleum. Besonders ULLMANN hat sich mit den bei der Erdölgewinnung und Paraffinfabrikation entstehenden Dermatosen eingehend beschäftigt. Hier will ich nur die Petroleum- und Paraffinakne erwähnen.

Recht häufig tritt Akne nach Manipulation mit Schmieröl, welches in Fabriken, zahlreichen industriellen Unternehmungen ausgedehnte Verwendung findet, auf. OPPENHEIM beschreibt Petroleum- und Schmierölakne bei Arbeitern in Munitionsfabriken. Derselbe Verf. sah einen Laternenanzünder, welcher Komedonenbildung und kleinste weiße Hornstacheln an den Fingerrücken und Streckflächen der Vorderarme zeigte. FREI, KREN, MENSE, PAGE und BUSHNELL, LITTLE und WILLCOX u. a. teilen gleichfalls Beobachtungen von durch Schmieröl entstandener Akne mit. OPPENHEIM demonstrierte in der Wiener dermatologischen Gesellschaft einen Glaser, welcher mit Glaserkitt manipuliert. Glaserkitt besteht aus Schlemmkreide, Leinöl und Firnis und ruft bei den damit Beschäftigten außer Komedonen Akne, auch Abszesse hervor.

Aber auch andere chemische Stoffe, wie z. B. Zinkoxyd, rufen gleichfalls durch Verstopfung der Follikel Akne hervor, wie dies TURNER beschreibt. Bei Webern, Flachsspinnern sind akneiforme Eruptionen, wie wir dies seit LELOIRS grundlegender Arbeit wissen, beschrieben worden. Zahlreiche Verf. konnten die Beobachtungen LELOIRS bestätigen, jüngst auch ALLWORTHY.

Aber auch in differentialdiagnostischer Beziehung bietet die artifizielle Akne besonderes Interesse. EHRMANN hat in einer Arbeit auf die Häufigkeit derselben in der Kriegszeit und ihre Verwechslung mit akneiformem Tuberkulid hingewiesen, ebenso SCHRAMEK.

In meinem Ambulatorium des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen Wiens und Niederösterreichs hatte ich gleichfalls Gelegenheit, eine verhältnismäßig große Anzahl von artifizieller Akne zu beobachten, im ganzen 47 Fälle. Unter diesen waren allein 35 Fälle auf die Verwendung von Schmieröl zu beziehen, je vier Fälle auf Petroleum und Terpentin, auf Teer, Vaselinöl, Ölessenz, Rüböl je ein Fall. Was das Geschlecht anlangt, so verteilt sich nach meinem Krankenmaterial diese Gewerbedermatose auf beide Geschlechter in nahezu gleicher Weise. Der Lokalisation nach waren in 41 Fällen die oberen, weniger die unteren Extremitäten, in fünf Fällen das Gesicht und in einem Falle das Skrotum befallen.

Über die Verhütung von Hautkrankheiten durch Werkzeugöle und Emulsionen besteht eine Reihe von Vorschriften und prophylaktischen Maßnahmen. Es würde den Rahmen dieses Vortrages weit überschreiten, wollte ich diese in das Gebiet der Hygiene gehörenden Fragen hier besprechen. Zur Prophylaxe werden empfohlen: 1. Verwendung nur reiner Öle; 2. Filtration des Werkzeugöles und Sterilisation; 3. Erziehung der Arbeiterschaft zu persönlicher Hygiene. Sicher ist, daß eine intakte Haut nicht infiziert wird. Der Erwähnung wert ist, daß reichliches Pudern vor dem Beginn der Arbeit die Haut zu schützen imstande ist. Über die Behandlung der artifiziellen Akne mit künstlicher Höhensonne liegt eine Reihe von Mitteilungen vor, so auch von WERTHEIM aus der Abteilung EHRMANN. Von anderen Verf. wird die Röntgenbehandlung empfohlen.

Keratosis follicularis. — Die berufliche Keratosis follicularis entsteht entweder auf mechanischem, chemischem, thermischem Wege oder durch Kombination derselben. Durch mechanische Momente entwickeln sich Keratosis-follicularis-ähnliche Bildungen, z. B. durch Zinkoxyd (TURNER), durch Schmirgelpulver, Bimsstein (OPPENHEIM, SACHS). Durch chemische Agentien (Schmieröl, Benzin, Teer, Glaserkitt usw.) werden gleichfalls follikuläre Hyperkeratosen hervorgerufen. Diese treten entweder allein auf oder in Verbindung mit Komedonen, Akne oder auch mit Melanosen. Einen Fall der letzteren Art demonstrierte PULVERMACHER in der Berliner dermatologischen Gesellschaft. OPPENHEIM beobachtete, wie ich bereits erwähnte, bei einem Laternenanzünder außer Komedonen kleinste weiße Horn-

Digitized by Google

stacheln an den Fingerrücken und an den Streckseiten der Vorderarme, entstanden durch die Manipulation mit Schmieröl. Aber auch bei anderen gewerblichen Verrichtungen entstehen Keratosis-follicularis-ähnliche Bildungen, z. B. durch kalorische Einflüsse. In der Wiener dermatologischen Gesellschaft demonstrierte ich eine 24jährige Patientin, welche bei der Zubereitung von Gefrorenem mit der Herstellung einer Kältemischung, bestehend aus Eis und rotem Steinsalz, beschäftigt war, an den Streckflächen der Vorderarme und Handrücken das Krankheitsbild der Keratosis follicularis darbot.

Anomalien der Schweißsekretion. — Zu den Anomalien der Schweißsekretion rechnen wir die Hyperidrosis und Anidrosis. Von den anderen Anomalien derselben will ich hier nicht sprechen, weil ich darüber keine Erfahrungen sammeln konnte.

Die Hyperidrosis der Anilinarbeiter kann oftmals so hochgradig sein, daß die Schweißtropfen von den Händen abwärts fließen. Durch den Schweiß kommt es zur Schwellung der Finger und Daumenballen, zur Rhagadenbildung und zum Auftreten von Ekzemen. Für die Hyperidrosis der Anilinarbeiter ist nicht das Anilinöl oder die Anilinfarbstoffe, sondern das zur Reinigung der Hände verwendete Chlorwasser, welches die Schweißdrüsen irritiert, verantwortlich zu machen. Durch Vermeidung dieser Reinigungsart wird auch die Hyperidrosis verhütet.

Arbeiter in chemischen Industrien benutzen zur Reinigung und zur Entfärbung ihrer Hände den Chlorkalk in Substanz. Die mißbräuchliche Anwendung desselben führt nach Florets Beobachtungen zur Schweißhand (Hyperidrosis palmaris). Auf dem Boden dieser Hyperidrosis treten leicht entzündliche Prozesse (Abszesse, Furunkulosis, Phlegmonen) auf, ebenso ekzematöse Erkrankungen. Die Chlorkalkschäden können vermieden werden: 1. Durch richtige Anwendung. Der Chlorkalk muß mit Soda vermischt und in Wasser gelöst werden; Nachwaschung mit Bisulfitlösung. 2. Durch Ersatzmittel: Chlorlauge, Seifen u. a.

Patzschke und Plaut berichten über einen Fall von allgemeiner Anidrosis nach toxischer Dermatitis. Durch kombinierte Anwendung von Pilokarpin und Überhitzung im Lichtbad wurde die Kranke geheilt.

Stomatitis und Gingivitis. — In jenen Industriezweigen, in welchen Quecksilber zu technischen Zwecken, so z. B. bei Hutmachern, verwendet wird, kommen häufig Gingivitis und oft schwere Formen von Stomatitis ulcerosa vor. Nach Teleky rühren die Quecksilbervergiftungen daher, daß die Kaninchen- und Hasenfelle, deren Haare zur Erzeugung feiner Hüte benutzt werden, mit einer Lösung von salpetersaurem Quecksilber „gebeizt" werden, damit die Haare sich miteinander verfilzen. Das an den Haaren haftende Quecksilber gibt Anlaß zur Vergiftung, vor allem bei jenen, die die Felle zu beizen, die Haare zu „schneiden" haben, den „Hasenhaarschneidern", und jenen, die die ersten Manipulationen der eigentlichen Huterzeugung zu verrichten haben, den „Filzerinnen", den „Walkern" („Kesselarbeitern").

Neugebauer demonstrierte in der Wiener dermatologischen Gesellschaft eine Patientin mit Gingivitis und Stomatitis ulcerosa mercurialis, welche in einer Hutmacherwerkstätte Hasenfelle, die mit einer Beize vorbearbeitet waren, zu zerschneiden hatte. Während der Werkführer und eine Arbeitskollegin der Kranken eine Nephritis zeigten, wurde eine zweite Arbeiterin und die demonstrierte Patientin von Stomatitis mercurialis befallen. Oppenheim erwähnt in der sich an diese Demonstration anschließenden Diskussion, daß Quecksilber, wie Zink, Blei und andere Schwermetalle, als Beize und zum Beschweren von tierischen und pflanzlichen Fasern verwendet wird. Die schwersten merkuriellen Stomatitiden sah Oppenheim bei Munitionsarbeitern während des Krieges. Koelsch beschreibt eine Stomatitis ulcerosa nach Kalkstickstoffdünger.

4. Gewerbliche Nagelerkrankungen.

Bei den gewerblichen Nagelerkrankungen handelt es sich entweder um Verfärbungen oder Deformierung der Nagelplatte oder um direkte Erkrankungen der Nagel und des Nagelbettes oder um fortgeleitete Erkrankungen, am häufigsten durch das Gewerbeekzem bedingt.

Zu den gewerblichen Stigmata sind Verfärbungen an den Fingernägeln, sowie Verdickungen der Nagelplatte oder Abschleifungen derselben zu rechnen; die beiden

Digitized by Google

letzteren Veränderungen entstehen durch stärkere Inanspruchnahme gewisser Finger und durch Abnutzung der Nagelplatte.

Bei Anstreichern, Polierern, durch Kaffee-Ersatz usw. kommen gleichzeitig mit Verfärbungen der Hände und Finger auch solche der Fingernägel vor.

Bei Arbeitern in der Arsenikindustrie, wie bei Tapetenerzeugern, Federnschmückerinnen, Erzeugern von Schweinfurtergrün, beobachtet man häufig Verfärbung der Haare und Nägel. OPPENHEIM sah einen Munitionsarbeiter mit Gelbgrünfärbung des gesamten Haarkleides und Gelbfärbung der Nägel. Der Mann füllt Ekrasit in Granathülsen. Die Pikrinsäure des Ekrasits färbt Haare und Nägel, Schamhaare und Achselhaare sind ebenso gefärbt wie die Kopfhaare.

Je nach der stärkeren Inanspruchnahme eines Fingernagels oder seiner Abnutzung kommen bei einzelnen Berufszweigen Verdickungen der Nagelplatte vor. OPPENHEIM beschreibt solche bei Indigoarbeitern, bei welchen der Nagel des rechten Daumens länger und dicker als die übrigen Fingernägel ist, weil mit diesem die Indigofrüchte enthülst werden. Bei Uhrmachern, die mit dem rechten Daumennagel die Uhren öffnen, ist der Nagel dieses Fingers kurz, hart und doppelt so dick wie die anderen Nägel. Bei Kapselarbeiterinnen beschrieb OPPENHEIM eine ganz eigentümliche Abschrägung und Verdickung der Nägel des vierten und fünften Fingers, weil mit diesen zwei Fingern die Patronenhülsen an den Rändern aus der reinigenden Säure gehoben werden. HELLER erwähnt Nagelveränderungen bei Müllern, die Nägel sämtlicher Finger sind kurz, über die Fingerkuppen vorspringend und nach der Dorsalfläche durch Reibung an den Mühlstein gedrängt.

Zu den eigentlichen Erkrankungen der Nägel gehört eine zuerst von CHAUSSANDE, ALBERTIN u. a. beschriebene, als Konditorerkrankung (mal des confiseurs) bekannte Affektion. Es kommt zu Onychien und Paronychien, die mit dem Verlust des Nagels einhergehen. Arbeiter, die mit dem Kandieren der Früchte beschäftigt sind, zeigen solche Nagelerkrankungen, die gleichzeitige Einwirkung des Zuckers und thermischer Reize, sowie der Pflanzensäuren rufen derartige Veränderungen an den Nägeln hervor. THIBIÈRGE und P. LEGRAIN beschreiben einen Fall von Nagelentzündung und Schwarzfärbung der Nägel infolge gewerblicher Tätigkeit in der Konditoreibranche. EINER beobachtete bei fast allen Viktualienhändlern und -gehilfen in Kopenhagen eine ausgesprochene Leukonychie besonders im distalen Teile. Dieser Verf. hat nachgewiesen, daß diese Leukonychie durch das Arbeiten mit den Händen in Salzbrühe hervorgerufen wird. Die Zellen schrumpfen, und Luft dringt zwischen Matrix und Nägel ein. HELLMANN demonstrierte in der Wiener dermatologischen Gesellschaft drei Mädchen, welche an sämtlichen Fingern, teilweise auch an den Zehen, subunguale Eiterungen bzw. Borkenbildungen zeigen; dort, wo der entzündliche Prozeß abgeklungen ist, einfache Nagelabhebungen. Die Erkrankungen sind auf die gewerbliche Beschäftigung mit einer 3%igen wässerigen Arsentrioxydlösung, welche zur Herstellung eines Fliegenpapiers benutzt wird, zurückzuführen. Außer diesen Nagelveränderungen finden sich an Gesicht und Unterarmen schuppende Dermatitiden, sowie artifizielle Follikulitiden.

Eine eigene Art von Nagelerkrankung stellt die zuerst von OPPENHEIM beschriebene Onycholysis partialis bei Wäscherinnen dar. Die Affektion entsteht durch mechanische und chemische Momente. Die heiße Soda-, Seifenlösung bringt die Hornsubstanz der Haut und Nägel zur Quellung, und beim Auswinden der Wäsche wird dann mechanisch die Nagelkuppe vom Nagelbett gelöst. Dadurch entstehen halbmondförmige oder trapezartige Formen der abgelösten Nagelpartien, die durch den zwischen Nagelbett und Nagel sich ansammelnden Schmutz schwarz erscheinen. Eine völlige Ablösung des Nagels kommt nicht zustande. Eine ähnliche Onycholysis partialis mit subungualer Hyperkeratose konnte ich bei Arbeiterinnen in einer Zigarettenpapierhülsenfabrik, durch Glyzerin hervorgerufen, beobachten.

Bei Vernicklerinnen sah ich durch die Manipulation mit Schwefelsäure ziemlich hochgradige Nagelveränderungen entstehen, die sich in einer Verdickung der Nagelplatte, Mattwerden und Brüchigkeit derselben äußern. Ähnliche Veränderungen sah ich bei Büglerinnen, ferner auch bei Seidenfärbern, die mit Chlorzink zu tun haben. Bei Arbeiterinnen, welche mit der Herstellung von künstlichem Bernstein (Kunstharz) beschäftigt sind und dazu Formaldehyd, Karbolsäure, Ammoniak und andere Substanzen verwenden, traten gleichfalls Onychien auf, die zum Teil als primäre, zum Teil als durch das Ekzem fortgeleitete Erkrankungen aufzufassen sind. Bei Zahnärzten kommen gleichfalls durch die Beschäftigung mit Formalin, sowie

Digitized by Google

überhaupt bei Ärzten durch Sublimat und Formalin, Röntgen, die oben beschriebenen Nagelerkrankungen vor.

Aber auch mykotische Nagelerkrankungen lassen sich bei verschiedenen Berufsarten nachweisen. Bei Friseuren, bei Viehhirten, Stallpersonal sehen wir Onychien durch Trichophytiepilze. Villaret beschrieb bei Bierbrauern, die mit Hefepilzen beschäftigt sind, eine Onychomycosis blastomycetica.

Berufshypertrichose. — Über die in manchen Betrieben und Industrien zu beobachtenden Verfärbungen der Haare habe ich bereits gesprochen. Hier möchte ich nur eine Hypertrichose, die als Berufshypertrichose zu bezeichnen ist, erwähnen. Csillag hatte Gelegenheit, in fünf Fällen an der Schulter oder in der oberen Schulterblattgegend Hypertrichose bei Arbeitern zu sehen, welche die Lasten meistens auf der Schulter oder auf dem Rücken tragen, oder deren Beschäftigung die öfters stärkere Belastung der Schulter und des Rückens mit sich bringt, und die ständig diese Lasten auf derselben Schulter zu tragen pflegen — öfters auf der linken wie auf der rechten. In zwei Fällen war die Hypertrichose mit stärkerer Pigmentation dieser Gegend kombiniert. Nach diesem Verf. handelt es sich um eine bei Sackträgern auftretende Berufshypertrichose.

5. Die beruflichen Toxikodermien und 6. das Gewerbeekzem.

Diese beiden Gruppen — die beruflichen Toxikodermien und das Gewerbeekzem — sind die am meisten verbreitetsten aller Gewerberkrankungen, sie sind bekanntlich diejenigen, welche am häufigsten Arbeitsunfähigkeit und damit Verdienstentgang verursachen. Die Toxikodermien lassen sich nicht immer scharf vom Gewerbeekzem trennen, da sich das letztere oft aus dem ersteren entwickelt.

Wir wissen ja, daß gewisse Noxen nicht gerade an der Epidermis ihren Angriffspunkt haben, sondern die Hautentzündung kann am Orte des Reizes durch lokale Einwirkung auf die Blutgefäße beginnen und von da per contiguitatem sich weiterverbreiten oder Nervenschädigungen bewirken. Oder es kann die toxische Substanz, durch Resorption von der Haut und der Lunge aus, durch die Blutzirkulation in die Hautgefäße gelangen und eine mehr oder weniger universelle Hautentzündung verursachen. Die Toxikodermien haben mehr den Charakter einer generellen und akuten Hautentzündung, die rasch verläuft, während beim Gewerbeekzem das lokalisierte chronische und rezidivierende Verhalten im Vordergrunde steht. Bei den akuten Formen der Toxikodermien unterscheiden wir: leichte fleckige, morbillöse Erytheme, diffuse skarlatiniforme Erytheme, Urtikaria- und Lichenerupționen, Ödeme ohne Erytheme oder auch von erysipelähnlichem Charakter, vesikulöse und bullöse Eruptionen bis zu den höchsten Graden diffuser bullöser Dermatitis. Diese Hautentzündungen sind entweder lokalisiert an den unbedeckten Körperstellen, die mit der toxischen Substanz direkt in Kontakt kommen, also an den Händen, am Gesicht oder bei den resorptiven Dermatitiden an jenen Stellen, wo sonst die toxischen Erytheme lokalisiert sind (Oppenheim).

Von den toxischen Dermatitiden zeichnen sich manche dadurch aus, daß sie klinisch die Erscheinungen des Erythems zeigen, welches aber in vielen Fällen einen auffällig angioneurotischen Charakter darbietet, daß sie unter dem gleichen klinischen Bilde auftreten, ob nun die Schädlichkeit örtlich auf die Haut oder auf dem Umwege durch die Lungen oder durch den Verdauungstraktus eingewirkt hatte, es schließt sich also diese Gruppe unmittelbar an die „toxischen Erytheme", die Arzneiexantheme, an (Finger).

Bei den Toxikodermien ist die Überempfindlichkeit — sei sie angeboren, sei sie erworben — gegenüber gewissen Substanzen, bei den Gewerbeekzemen die allmähliche Kumulierung der lokalen Reize, die Vorbedingung für die Erkrankung. Diese Toxikodermien sind nach der Auffassung der meisten Verf. als Überempfindlichkeitsreaktionen gegenüber einer bestimmten toxischen Substanz aufzufassen. Wie ich bereits erwähnte, kann die Überempfindlichkeit eine angeborene sein, sie kann sich aber erst nach längerer Zeit bei Beschäftigung mit dem schädlichen Agens entwickeln, und zwar durch allmähliche Resorption der toxischen Substanz. Hat diese im Organismus eine entsprechende Reizschwelle erreicht, so kommt es infolge der erworbenen Überempfindlichkeit zum Ausbruch der toxischen Hautentzündung. Gerade das Gebiet der Toxikodermien stellt uns in bezug auf die Auffassung der Überempfindlichkeit vor eine Reihe von noch ungelösten Fragen.

Digitized by Google

Diese Toxikodermien werden hervorgerufen entweder durch chemische Produkte oder durch Pflanzen und deren Derivate und endlich durch Tiere und deren Produkte.

Unter den chemischen Produkten haben wir anorganische und organische Substanzen, und unter diesen beiden solche gasförmiger, fester und flüssiger Form zu unterscheiden, welche als Ursache dieser Erkrankungen anzusprechen sind.

Im Kriege wurden zahlreiche Fälle von schweren Hautveränderungen durch giftige Gase, welche zu Angriffen oder im Luftkriege verwendet wurden, beobachtet. FLURY und WIELAND, HEITZMANN, VELDEN, WEBER beschreiben Erytheme, Ödeme, Blasenbildung mit Gangrän, Nekrosen, Verfärbngen durch Kampfgaswirkungen. Eine große Anzahl von Beobachtungen von recht schweren Dermatitiden, verursacht durch die bei Luftbomben gebrauchten Explosivstoffe, liegen vor von DRUELLE, FLURY, LABERNADIE, MAC LEOD, ROBSON, SMALL, SEQUEIRA, TRIBIERGE, TYSON u. a. LÄUPE, ebenso FISCHL beschäftigen sich mit den bei Leuchtgasvergiftungen auftretenden Hautveränderungen, welche in lokalisierten Ödemen, Bläschen, Blasen, sterilen Phlegmonen, Nekrosen usw. bestehen. SELIGMANN teilt schwere Hautschädigungen durch Zyklondämpfe (Zyklonsäureester), welche zur Entwanzung eines Barackenlagers verwendet wurden, mit. Es traten erythematöse, urtikarielle und ekzematöse Eruptionen bei den dabei Beschäftigten auf. FLANDIN und ROBERTI beschreiben einen Fall einer tödlich verlaufenden hämorrhagischen Purpura durch Gewerbevergiftung mit Benzoldämpfen. KOELSCH hat Beiträge zu den gewerblichen Schädigungen durch Benzol und seine Nitroabkömmlinge geliefert.

Unter den chemischen Produkten fester anorganischer Natur sind zunächst die Metalle zu nennen. Ich kann bei dieser großen Zahl von gewerblichen Schädigungen nur die allerwichtigsten nennen und verweise auf die umfassende Darstellung von WEYL, „Dermatosen in der chemischen Industrie", und auf das Handbuch der gerichtlichen Medizin von DITTRICH.

Arsen ist bei Erzeugern von Schweinfurtergrün, von Tapeten, bei Federschmückern, Fuchsinarbeitern und Erzeugern künstlicher Blumen die Ursache von Toxikodermien. CAZENEUVE teilt mehrere tödliche Fälle durch Arsenik im Weinbaubetrieb mit und beschreibt außer Toxikodermein Fälle von desquamativer Dermatitis, Hyperkeratose der Fußsohle. HARDING, BRAYTON, PUSEY, ORMSBY, WINFIELD haben bei Arbeitern, welche in Fabriken mit der Herstellung von Parisergrün (arsenhaltiger Farbstoff) beschäftigt sind, ausgebreitete erythematöse und papulöse Hautentzündungen, Dermatitiden beobachtet. LEGGE und GOADBY bringen Beiträge zu den Hauterscheinungen bei Bleivergiftung. Ähnliche Hauterkrankungen kommen auch bei Antimonarbeitern vor. Bei der gewerblichen Verarbeitung oder beruflichen Verwendung von Quecksilber sehen wir öfters Erytheme bei Spiegelbelegern, Ärzten, Masseuren usw. OPPENHEIM beobachtete in Munitionsfabriken viele Fälle von Toxikodermien, die auf die Beschäftigung mit Quecksilber zu beziehen waren. In einem Beitrag zur Klinik der Quecksilberexantheme bringt WOLF Beispiele, wie durch Amalgamplombierung, ferner durch Einfüllen von Quecksilber in einen Blutdruckmesser erythematöse und urtikarielle Dermatosen entstehen.

Eine besondere Bedeutung haben diejenigen Hautentzündungen, die bei Anilinarbeitern und bei solchen Berufen auftreten, die mit Anilinfarben in Kontakt kommen (BLASCHKO, FOCKE, SACHS). Ich werde auf die Einwirkung von Farbstoffen, besonders Anilinfarbstoffen, auf die menschliche Haut in einem besonderen Kapitel zurückkommen; hier möchte ich nur anführen, daß das Anilinöl nur bei längerer Einwirkung papulöse Exantheme hervorzurufen imstande ist, dagegen entstehen durch die Manipulation mit gewissen Anilinfarben akute erythematöse Dermatosen, kombiniert mit Ödem des Gesichts, der Hände und des Skrotums. Es sind nicht die reinen Anilinfarben für die Schädigungen verantwortlich zu machen, sondern die Beimengungen von Arsen, Quecksilber, Phenol, oder es sind die Beizen, welche die Dermatitiden hervorrufen.

Bekannt sind ferner die durch Chinin und Terpentinöl häufig vorkommenden Toxikodermien, welche bei vorhandener Idiosynkrasie in Erscheinung treten können. Bei Chininarbeitern werden Urtikaria, Erytheme, und zwar morbillös, skarlatiniform, erysipelähnlich, vesikulöse, pustulöse, varioliforme und pemphigoide Exantheme neben der lokalen, sogenannten Chininkrätze (ERBEN), die sich als Gewerbeekzem dokumentiert, beobachtet. Auch das Terpentin und seine Ersatzpräparate erzeugen

Digitized by Google

bei Arbeitern in Lackiererwerkstätten, Firniskochereien usw. Jucken, Erytheme, papulöse, vesikulöse und pustulöse Exantheme oder auch Gewerbeekzeme.

Wie ich bereits erwähnt habe, werden durch Blumen, Blütenstaub, Pflanzen und deren getrocknete Produkte, durch Samen, durch gewisse Holzarten schon durch den Staub derselben Hautentzündungen, mitunter solche recht schwerer Natur, hervorgerufen. Solche Toxikodermien kommen demnach bei Gärtnern, Blumenarbeitern, Apothekern, Drogisten, Tischlern, Drechslern, ferner bei Arbeitern, welche in chemischen Fabriken pflanzliche Rohstoffe verarbeiten, vor.

Die lebenden Pflanzen können solche Hauterkrankungen erzeugen durch ihre Haare, durch ihren Blütenstaub und durch gewisse in ihnen vorhandene toxische Stoffe. Bekannt ist die Primeldermatitis (Primula obconica und Primula sinensis), welche durch das in den Drüsenhaaren dieser Primelarten enthaltene Sekret bei Überempfindlichen oft schon nach wenigen Sekunden eine Dermatitis (Ödem, Urtikaria, Erythem, Blasenbildung mit klarem und hämorrhagischem Inhalt) hervorruft. Viele Leute sind gegen diese Primeldermatitis vollständig immun. Solche Dermatitiden haben Riehl, Leiner, Kirk, Simpson, Nestler, Waldo, Whitfield beschrieben. Jensen teilt eine Primuladermatitis ohne Berührung der Pflanze mit. Bei Hopfenpflückern (Humulus lupulus), durch Aussuchen der Sonnenblumensamen (Helianthus annuus), bei Arbeitern, die mit der Zubereitung von Drogen aus gewissen Thapsiaarten beschäftigt sind, finden sich nicht selten toxische Dermatitiden. Arbeiter, welche mit dem Sortieren, Reinigen und Verpacken von Vanillinschoten beschäftigt sind, erkranken an Dermatitiden mit Rötung, Schwellung, Knötchenbildung im Gesicht, an den Händen und Fingern. Dieser mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens einhergehende Symptomenkomplex wird Vanillismus genannt und auf das Kardol bezogen. Kardol ist ein ätherisches Öl und wird zum Bestreichen der Vanilleschoten verwendet (Arning, White, Layet).

Brenning verfügt über eine Beobachtung, nach welcher eine Köchin eine mit Rötung der Haut, Übelkeit, Erbrechen, Koliken und Durchfälle einhergehende Dermatitis durch Spargelsaft gezeigt hatte. Fox beschreibt eine Dermatitis venenata durch Manipulation mit orientalischen Akajunüssen, Simons und Bolin durch einen im Stammsaft des Mangobaumes enthaltenen Reizstoff. Mac Cord, Carey, Kilker, Minster berichten über Toxikodermien (Erythema venenatum, Bläschendermatitis, Knötchendermatitis, anaphylaktischer Typ) bei Arbeitern der Pyrethrumindustrie, Pyrethrum ist ein wichtiger Bestandteil dalmatinischen oder persischen Insektenpulvers. Legge, O'Donovan sahen bei Arbeitern, die mit dem Verpacken oder Umladen von getrockneten Feigen (Carpoglyphus passularum) beschäftigt waren, ein knötchenförmiges Exanthem auftreten, welches Legge auf ein giftiges Alkaloid, apfelsaures Kalzium, und ein Proteinenzyem bezieht. Nixon teilt Fälle von Lichen-urticatus-artigen Affektionen nach Ausladen von Baumwollballen, Michelson von urtikariellen papulösen Effloreszenzen durch Staub von Getreide und Stroh mit. E. Spitzer stellte in der Wiener dermatologischen Gesellschaft eine Patientin vor, welche ein fast universelles, papulös-urtikarielles Exanthem zeigte und auf deren Beschäftigung mit indischem Hanf zu beziehen war. Porias beobachtete bei einem Seilermeister durch die gleiche Beschäftigung eine fast universelle Erythrodermie. Oppenheim erwähnt, daß Cannabis indica ein Alkoloid Cannabin und ein Harz enthält, beide Körper können bei Überempfindlichen Toxikodermien erzeugen.

Rhus toxicodendron und verwandte Arten erzeugen durch das in diesen Pflanzen enthaltende Gift, das Toxikodendrol, Rhus diversiloba durch das Lobinol, beides hautreizende Stoffe, bei Gärtnern schon nach 1—3tägiger Inkubation Rötung, Schwellung, Miliaria, Quaddeln und Bläschen im Gesicht, an den Händen und am Skrotum. Mac Nair, Strickler, Sayer, Buraczynski bringen Beiträge zu dieser interessanten Dermatose. Mac Nair macht auch Vorschläge zur Chemotherapie der Rhusdermatitis und teilt methodische Versuche zur Behandlung derselben mit. Das Rhusgift, das dem Phenol zuzurechnen ist, wird durch Lösung oder Fällung unschädlich gemacht. Von den Lösungsmitteln bewährte sich am besten Baumwollöl. Fällung geschieht am besten aus alkoholischen Lösungen mit einer Reihe von Metallsalzen. Zufriedenstellend wirkte eine 5%ige wässerige Lösung von chemisch reiner Glukose, deren Wirkung man sich durch Bildung eines Glykuronsäureesters mit dem Lobinol vorstellen könnte. Ebenso bewährte sich von Schwefelverbindungen Natriumsulfit und Natriumäthanol, nächst diesen das Eisenchlorid

Digitized by Google

als 5%ige Lösung in 50%igem Glyzerinwasser. Über Dermatitiden durch Manipulation mit Efeu berichten LANE, STRICKLER u. a. Aber auch andere Pflanzenarten, wie Ranunkulazeen, Arnica montana, Kroton, Euphorbia, Rheum, ebenso der Blütenstaub von zahlreichen Gramineen, ferner zahlreiche Gräser können Toxikodermien hervorrufen.

Hier schließt sich die Lackkrankheit der Japaner und Chinesen an. Vor mehreren Jahren konnte ich bei Arbeitern einer Lackfabrik, welche mit dem Öffnen von mit japanischem Lack gefüllten Dosen beschäftigt waren, ähnliche Erscheinungen, wie die durch Rhus toxicodendron geschilderten, beobachten. Bekannt sind ferner Dermatitiden durch für medizinische Zwecke benutzte Balsame, z. B. Perubalsam, ferner können Arbeiter, die mit der Verarbeitung verschiedener Medizinal-Pflanzen beschäftigt sind, durch die enthaltenen Glykoside, Alkaloide an toxischen Dermatitiden erkranken, wie z. B. Chinarinden-, Opiumarbeiter.

Besonderes Interesse verdienen jene Hautentzündungen, welche durch den Staub gewisser Holzarten bei Tischlern, Drechslern, Möbelpolierern bei vorhandener Idiosynkrasie entstehen. Diese Dermatitiden sind zunächst an den Händen und dann im Gesicht lokalisiert, können aber auch universell werden. Man beobachtet kleinpapulöse Erytheme oder mehr ödematöse Rötungen (BALBAN). Die hier in Betracht kommenden Holzarten sind schwere, harzreiche Holzarten, wie das ostindische Satinholz, der afrikanische Buchsbaum, das Tiekholz, Eichenholz. Bei diesen Holzarten ist es wahrscheinlich ein Harz, das die Hauterkrankung hervorruft. Fälle von Satinholzdermatitis wurden von STERNBERG, JOHNS, WECHSELMANN, OPPENHEIM, SIEGHEIM, BALBAN u. a., von Dermatitis durch Tiekholz von WIENER, durch Eichenholz von SPILLMANN, STRICKLER beschrieben. GOUGEROT und BLAMOUTIER sahen durch Palisanderholzpulver eine ekzematöse Gewerbedermatitis auftreten, verbunden mit Anaphylaxie und hämoklastische Krise durch äußere Applikation. Auf epidermischem Wege kam es zu einer Desensibilisierung, welche durch tägliche Einpinselungen mit Palisandertinktur erreicht wurde. WECHSELMANN hat als erster bei einem Fall von Satinholzdermatitis den Gedanken einer anaphylaktischen Reaktion ausgesprochen, weil der Patient ganz spezifisch nur bei Beschäftigung mit dieser Holzart erkrankte. Gleichzeitig jedoch beschuldigte er einen chemischen Körper, das Chloroxylonin, als Ursache für die Erkrankung. Die Erkrankten verhalten sich nach einem Anfall entweder refraktär oder sie bleiben weiter intolerant, ja werden sogar noch empfindlicher als vorher. JADASSOHN, DOERR, ZIELER, KYRLE, VOLK lehnen bei der Gewerbedermatitis die Anaphylaxie ab und sprechen lieber von einer Idiosynkrasie, solange es nicht gelingt, die anaphylaktischen Symptome in ihrer Gesamtheit bei der Gewerbedermatitis nachzuweisen.

Wie bereits erwähnt, können durch Tiere bei Arbeitern gleichfalls toxische Dermatitiden hervorgerufen werden, so durch Kanthariden, gewisse Raupensorten, Bienen, Ameisen, Zecken usw. Von Raupen rufen die behaarten Prozessionsraupen, deren Haare mit einer Giftdrüse in Verbindung stehen, die Hautentzündungen bei Forst- und Holzarbeitern hervor. Die Hautreaktionen nach Bienenstichen sind sehr verschieden, und zwar je nach der Disposition; bei Imkern soll sich Immunität entwickeln (JADASSOHN). Erytheme durch Ameisen finden sich häufig bei Leuten, die auf freiem Felde beschäftigt sind, oder bei Ameiseneiersuchern. MARKLEY beschreibt eine sogenannte anaphylaktische Dermatitis infolge direkter Berührung mit tierischer Oberhaut und ihren Anhangsgebilden (Meerschweinchen). SCHMITT hatte Gelegenheit, erythematöse und urtikarielle Hauterkrankungen bei Pelzarbeitern zu beobachten.

6. Das Gewerbeekzem.

Als allgemeiner Charakter aller hierher gehörigen Dermatitiden ist anzuführen, daß es sich um Entzündungsprozesse handelt, die streng auf den Ort der Einwirkung der Schädlichkeit beschränkt sind, keine Neigung zeigen, sich von demselben aus peripher weiter zu verbreiten oder auf entfernten, mit dem ursprünglichen Herde nicht in Zusammenhang stehenden Hautstellen aufzutreten, daß es sich um akute Prozesse handelt, die nach Elimination der Schädlichkeit Neigung zu spontaner rascher Ausheilung zeigen. Das „artifizielle Ekzem" unterscheidet sich von der „artifiziellen Dermatitis" dadurch, daß ersterem die Fähigkeit zukommt, von den von der Schädlichkeit direkt befallenen Hautstellen aus sich peripher auszubreiten

Digitized by Google

und an entfernten Hautstellen „reflektorisch" aufzutreten, auch nach Elimination der Schädlichkeit weiteren progressiven Verlauf zu nehmen. Diese Unterscheidungsmerkmale sind nicht immer scharf. Es gibt Dermatologen, welche eine Trennung der artifiziellen Dermatitis vom Ekzem nicht akzeptieren, ja die artifizielle Dermatitis direkt als Prototyp des Ekzems auffassen (Finger). Nach Unna sind es zwei Symptome des chronischen Ekzems, welche der artifiziellen Dermatitis immer fehlen, und machen daher, wo sie vorkommen, die Diagnose des Ekzems eo ipso gewiß: die Epithelwucherung (Akanthose) und die anomale Fettsekretion. Nach Volks Auffassung ist der Unterschied zwischen artifizieller Dermatitis und artifiziellem Ekzem kein scharfer.

Finger unterscheidet eine allgemeine und eine spezielle Disposition. Allgemein ist die Disposition dann, wenn jede so betroffene Haut in Form einer mehr oder weniger intensiven Entzündung reagiert, für andere ist die Disposition eine spezielle, nach welcher nur eine Minderzahl von Individuen auf den Reiz mit Entzündung reagiert. Das Gewerbeekzem entwickelt sich aus einer Toxikodermie bei angeborener oder erworbener Disposition oder allmählich durch Kumulation der Irritationsvorgänge. Aber auch bei letzterer muß man eine gewisse Disposition annehmen oder nach Weidenfeld, Luithlen eine Sensibilisierung, denn nur so ist es zu erklären, daß die eine Gruppe von Arbeitern unbegrenzt lange Zeit dieselbe Schädlichkeit ohne zu erkranken erträgt, während die andere nach kürzerer oder längerer Zeit an Gewerbeekzem erkrankt. Durch die Arbeiten von Jacquet und Jourdanet wissen wir, daß die erworbene Disposition durch Allgemeinerkrankungen, wie Diabetes, Nephritis usw., oder durch Verdauungsstörungen geschaffen wird. Ehrmann sah bei Handwerkern, die mit Terpentin zu tun haben, Terpentinexantheme oft nach jahrelanger Beschäftigung und faßt dieselben als eine allergische Wirkung im Anschluß an eine Störung der Verdauungsorgane auf. Es gibt Leute, die beim Einatmen von Terpentin einen urtikariellen, bei lokaler Applikation einen ekzemähnlichen Ausschlag (Dermatitis artificialis) bekommen ähnlich wie die gegen Quecksilber allergischen.

Gerade die Frage der Sensibilisierung eröffnet für die Erforschung der Disposition der Toxikodermien und Ekzeme neue Wege. Jadassohn berichtete auf der letzten Naturforscher- und Ärzteversammlung in Leipzig über Odolekzem, bei dem der Nachweis einer lokalisierten Sensibilisierung nach langem Gebrauch gelungen war. Abgesehen von den Antigen-Antikörperreaktionen prüfte er die für die Ekzeme und Toxidermien wichtige Frage der Sensibilisierung. Ferner wäre nach diesem Verf., weit mehr als es bisher geschehen, die spezifische und die unspezifische Sensibilisierung, die lokalisierte und die generalisierte, die eventuell wechselweise zu erzielende, von außen und die von innen, zu prüfen. Der genannte Verf. bespricht ferner die Frage des Angriffsortes der Hautschädigungen (vaskulär und epidermoidal) und die Möglichkeit, daß bei Überempfindlichkeitsreaktionen, die auf hämatogenem Wege zustande kommen, nicht immer die schädigende Substanz als solche, sondern chemische Umwandlung derselben die auslösende Ursache darstellen. Bei den Ekzemen kann die Sensibilisierung eine Rolle spielen für die Reizbarkeit, die schwere Heilbarkeit, die Ausbreitung artifizieller Ekzeme, für die Bedeutung endogener, die Haut sensibilisierenden Ursachen (normale und pathologische Stoffwechselprodukte, endokrine Störungen) und der Ernährung. Pinkus sieht als häufigste Form der Sensibilisierung die noch vorhandene entzündliche Erkrankung an und ist der Meinung, daß bei anscheinend lokalisierten Erkrankungen sehr häufig eine latent vorhandene Allgemeinerkrankung besteht, die eine Überempfindlichkeit auch an nicht sichtbar erkrankt gewesenen Stellen bewirkt. Lennhoff sah lokalisierte „Desensibilisierung" bei einem Falle von Hg-Überempfindlichkeit durch wiederholte Quecksilberapplikation an ein und derselben Hautstelle. Rieke erblickt beim Odol in den ätherischen Ölen das reizende Moment. Vom Ort der Einwirkung entfernt auftretende Ekzeme müssen nicht unbedingt durch Kontakt bedingt sein. Die Hauptsache ist die Diathese des Hautorgans. Die nicht spezifische Sensibilisierung erscheint infolgedessen im allgemeinen sicherer fundiert als die „spezifische".

So viel steht fest, daß es eine Gruppe von Menschen gibt, welche eine angeborene Disposition zu Erkrankung an Ekzem durch eine bestimmte Schädlichkeit besitzen. Eine zweite Gruppe ist dadurch charakterisiert, daß die Haut den Noxen Widerstand leistet und an Ekzem nicht erkrankt. Bei einer dritten Gruppe kommt

Digitized by Google

es zu mehr oder minder geringfügigen Entzündungserscheinungen, an die sich die davon Betroffenen gewöhnen. Die vierte Gruppe endlich umfaßt solche Arbeiter, welche sich an ihre Entzündungserscheinungen gewöhnt haben, aber Reize, die in verstärktem Ausmaß einwirken oder längeres Arbeiten geben den Anstoß zu einem Verlust der bisherigen Resistenz. Es genügt dann ein geringerer Reiz, um ein Ekzem hervorzubringen. Vermag sich die Haut den einwirkenden Schädlichkeiten anzupassen, so tritt Gewöhnung ein, wir sprechen dann von Widerstandsfähigkeit, welche gleichfalls entweder angeboren oder erworben sein kann. Treten aber zweckentsprechende Reaktions- und Anpassungsvorgänge nicht auf, so erkranken diese Individuen bei Wiederaufnahme der Arbeit von neuem. Wenn sie sich trotzdem zur Arbeit zwingen, so geht nach und nach die Gewerbedermatitis in ein Gewerbeekzem über (VOLK).

Die Hauptursachen jedoch sind die äußeren Reize, die mannigfaltigsten Schädlichkeiten in den verschiedenen Betrieben, welche für die Entwicklung eines Gewerbeekzems oder einer artifiziellen Dermatitis verantwortlich gemacht werden können. Gewerbeekzeme wurden beobachtet bei Tunnelarbeitern, Maurern, Gipsgießern (Kalk), Bäckern (Teig), Waschfrauen (Wasser, Seife, Soda, Chlorkalk), Spinnern (Schmieröle), Galvaniseuren, Vernicklern (Alkalien, Nickelbad, Benzin), Hutfabrikarbeitern, Rohfellverarbeitern (Kalk, Schwefelsäure), Färbern, Beizern, Email- und Holzimprägnierungsarbeitern, Tischlern, Polierern, Anstreichern, Lackarbeitern (Schellack, Terpentin, Pyridin, Paraffin), so auch mit Paraffin und Petroleum Beschäftigten, z. B. Zündholzarbeitern, Maschinenschmierern, Metallwarenarbeitern (Mineralsäuren), Kunstdüngerarbeitern (Arsen, Superphosphate), bei Glasarbeitern (Wasser, Flußsäure), Perlmutterdrechslern (Wasser, Perlmutterstaub), Arbeitern in Teerschwelereien, Dachpappenfabriken (Teer, Asphalt), Arbeitern in Konservenfabriken (Kochsalz), Köchinnen usw. und in den chemischen Betrieben der mannigfaltigsten und kompliziertesten Art wie der photographischen Industrie u. a. m. (EHRMANN).

Es sind also die verschiedenartigsten Schädlichkeiten, wie Chemikalien oder feuchte irritierende Substanzen oder Wasser, Hitze, Staub, Ruß, welche für die Entstehung eines Ekzems bei geeigneter Disposition das auslösende Moment abgeben. Oftmals sind es mehrere Noxen, die gleichsam eine Summation verschiedener Ursachen darstellen, die zu Ekzem führen, so bei den Wäscherinnen das heiße dampfende Wasser, welches die Haut mazeriert und welches der scharfen Lauge und der Seife den Weg vorbereitet. Bei Maurern entsteht durch die Feuchtigkeit des verwendeten Materials, durch den Ziegelstaub, ferner durch den Kalk als scharfes Ätzmittel die sogenannte Zementkrätze der Maurer. Bei Bäckern kommen für die Entwicklung des Ekzems ebenfalls mehrere ursächliche Momente, wie das Manipulieren mit feuchtem Teig, dem Mehlstaub, ferner die strahlende Hitze des Backofens in Betracht. Bei Tischlern und Lackierern ist das Arbeiten mit Politur, Terpentin, denaturiertem Spiritus, Leim, Farbstoffen, Holzbeizen und dem Sägespänestaub als ursächliche Schädlichkeit für das Ekzem anzusprechen. Bekannt ist ferner die reizende Wirkung der verschiedenen Farbstoffe, durch welche Zimmermaler, Anstreicher häufig an recht schweren Ekzemen erkranken. Dazu kommt noch als unterstützendes Moment die Art der Reinigung sowie die dazu verwendeten Mittel, welche die Entstehung eines Ekzems begünstigen. Die gleichen Schädlichkeiten finden wir bei Färbern, Farbstofferzeugern usw. Bei Photographen, Galvaniseuren und chemischen Arbeitern sind es die stark irritierenden Säuren oder sonstigen Ätzmittel, welche direkt das Ekzem hervorrufen. Die bei Röntgenologen, Arbeitern in Röntgenfabriken auftretenden Hautveränderungen werde ich in einem besonderen Kapitel besprechen.

OPPENHEIM gibt in seinem Aufsatze über gewerbliche Dermatosen vom Gewerbeekzem folgende Beschreibung. Dasselbe ist an den Händen, Vorderarmen und Gesicht lokalisiert. An den Vorderarmen ist die Beugefläche stärker befallen als die Streckfläche, an den Händen ist der Handrücken mehr betroffen als die Palmarfläche, die rechte Hand erheblich stärker als die linke. Auch die Nägel werden beim gewerblichen Ekzem in Mitleidenschaft gezogen, wir beobachten Onychie, Keratoma subunguale, Onycholysis partialis und Verlust der Nägel. Außerdem zeigt das artifizielle Ekzem große Neigung zu Verdickung, Eczema tyloticum, zur Rhagadenbildung, zur Lichenifikation der Haut und zur Impetigobildung. In schwereren Fällen besteht eine starke Verdickung der Haut der Finger, welche in

Digitized by Google

leichter Flexionsstellung gehalten werden. Die Haut ist leicht gerötet, teils mit Krusten, teils mit Schuppen bedeckt, vielfach von Rhagaden durchzogen, die Furchen der Haut vertieft, zwischen ihnen die Haut in Form von groben Wülsten vorspringend. Die Haut kann nicht gefaltet werden, es treten ganz akute Nachschübe auf, und beim Aussetzen der Arbeit gehen die Symptome rasch zurück, aber nur in seltenen Fällen ist eine Restitutio ad integrum möglich. Reste von chronischem Ekzem bleiben fast in allen Fällen zurück, von denen aus dann bei Wiederaufnahme der Arbeit neue Exazerbationen beginnen.

Schon bei Besprechung der Toxikodermien habe ich erwähnt, daß durch Explosivstoffe schwere Dermatitiden auftreten können. Ich selbst sah eine solche bei einem Fliegeroffizier. Oppenheim beobachtete schwere Dermatitiden mit Stomatitis und Nephritiden durch Beschäftigung mit Knallquecksilber in Munitionsfabriken. Bruhns hatte Gelegenheit, einige Fälle von schwerer Dermatitis zu sehen, welche durch Verarbeitung von „Perna" (Chlorgas) zum Imprägnieren von Treibriemen, Sohlen, Gasmasken entstanden waren.

Die ausgedehnte Anwendung von Formalin zu Desinfektionszwecken, ferner in der chemischen Industrie läßt es erklärlich erscheinen, daß sich gewerbliche Hauterkrankungen durch Formalin häufen. Urtikaria ist, wie Guyot erwähnt, kein ungewöhnliches Vorkommen. Chajes beschreibt ein Formolekzem durch Kleister, dem zwecks Konservierung Formol zugesetzt ist.

Bei Zahnärzten beobachtet man häufig recht hartnäckige Formalinekzeme, welche nach Ausheilung schon durch kleinste Mengen Formaldehyd von neuem aufflackern. Ich selbst habe schon viele solche Formalinekzeme bei Zahnärzten gesehen. Ein anderes Beschäftigungsekzem bei Zahnärzten entsteht durch die Anwendung von Procain, einem Kokainersatz.

Seit dem Jaher 1916 konnte ich eine größere Anzahl von akuten Dermatitiden, hervorgerufen durch Dämpfe von Karbolsäure, Formaldehyd und Ammoniak bei der Darstellung von künstlichem Bernstein (Kunstharz), bei Arbeiterinnen beobachten. Diese drei Substanzen werden in Porzellanschalen gekocht und eingedickt, diesen drei wichtigsten Bestandteilen werden noch Eisessig, Natriumsulfit, Soda, Salzsäure und andere hinzugefügt. Durch Umrühren mit einem Glasstab entsteht eine grauweiße Masse von harziger Konsistenz. Diese Masse wird je nach Bedarf mit roter, blauer, gelber oder grüner Farbe gemischt und in flüssigem Zustande in lange, ungefähr 3 cm im Durchmesser haltende Glasröhren gegossen. Bei dem Kochen der genannten Substanzen entwickeln sich Dämpfe von Karbolsäure, Formaldehyd und Ammoniak, welche zwar von den Abzügen größtenteils aufgenommen werden, aber trotzdem gelangt eine immerhin noch große Menge dieser Dämpfe in die verhältnismäßig kleinen und niedrigen Fabrikräume, die von diesen Dämpfen erfüllt werden. Die Dermatitiden waren im Gesicht und an den Vorderarmen sowie Händen lokalisiert. Außerdem bestanden bei der Mehrzahl der Patienten Konjunktivitiden, bei einzelnen waren auch Bronchitiden vorhanden; fast alle der dort Beschäftigten wurden von Dermatitiden befallen, besonders solche mit blonder Haarfarbe.

Dieser Industriezweig nimmt bei uns in Österreich immer mehr an Umfang zu, kostete doch 1 kg natürlicher Bernstein vor vier Jahren 20000 ö. K., 1 kg künstlicher Bernstein nur 1000 ö. K. Dieser künstliche Bernstein findet ausgedehnte Anwendung bei der Herstellung von Billardkugeln, Rauchrequisiten, Knöpfen, Schirm- und Stockgriffen, zur Isolierung von Kabeln usw.

Auf die durch Lack, Firnis, Terpentin, spirituöse Lösungen, Polituren usw. entstandenen Dermatitiden und Ekzeme möchte ich nur ganz kurz eingehen. Koelsch beschreibt ein Polierekzem durch denaturierten Spiritus, Mc Connell berufliche Dermatosen bei Buchdruckern durch Reinigung mit Leinöl und Schmierseife. Dreyer weist auf die bei Dienstmädchen an den Streckseiten der Unterarme auftretenden Dermatitiden hin, welche nach Auflegen der Arme auf ein Wachstuch mit Karbolgeruch entstanden sind. Hier möchte ich nur an eine von Kall gemachte Beobachtung erinnern; durch das Tragen eines neuen lackierten Bergstockes trat eine heftige, akute Dermatitis auf. Galewsky hatte Gelegenheit, Dermatitiden und Ekzeme durch Terpentinersatz (Tetralin) an den Händen bei Malern zu sehen. Kleeberg berichtete am Dermatologenkongreß in Hamburg über eine Dermatitis nach Siegellack. Für die im Kriege hergestellten Siegellackarten wurde ein aus Braunkohlen- oder Steinkohlenteer gewonnenes Pech ver-

Digitized by Google

wendet unter Zusatz des während des Krieges reichlich zur Verfügung stehenden Kumaronharzes, das bei der Benzolreinigung gewonnen wurde. Der Siegellack verbrennt mit einer übelriechenden, stark rußenden Flamme. Die schwarze Farbe des Siegellacks kommt von dem verwendeten Braunkohlenteerpech.

Auch in meinem Krankenkassenambulatorium konnte ich eine Anzahl solcher Ekzeme und akuter Dermatitiden durch Terpentin, Politur, denaturierten Spiritus usw. beobachten. Ein Fall war dadurch bemerkenswert, daß er auf dem Handrücken das Bild des Ekzema verrucosum dargeboten hat.

In der neuesten Literatur wird eine große Anzahl von Dermatitiden, durch Hutschweißleder hervorgerufen, mitgeteilt. Als Hutinnenleder oder Hutschweißleder wurde namentlich während des Krieges und in der Nachkriegszeit vielfach ein Hutlederersatz verwendet, welcher nicht aus echtem Leder, sondern aus einem mit einer lackartigen Substanz imprägnierten Leinenstoff oder Papierstreifen bestand. Nach den Untersuchungen GALEWSKYs wird zur Imprägnierung Kresol benutzt und als Ursache der Hautentzündung angeschuldigt. FOBROESE fand Phenol und eine lackartige Farbe des Kunstleders, welche beide Faktoren er als Ursache dieser Dermatitis ansieht. HEFFTER führt die hautreizende Wirkung gleichfalls auf Kresol zurück. Zahlreiche Verf., wie APPEL, BETTMANN, FOBROESE, GEBERT, HÖLKER, HÜBSCHMANN, JERSILD, MÜLLER, OPPENHEIM, SACHS, STANGENBERG u. a., haben Dermatitiden infolge Tragens von Hutschweißlederersatz gesehen. GEBERT beobachtete ein derartiges Rezidiv bei einem Patienten, als derselbe auf einer Reise mit dem Gesicht an das mit Kunstleder überzogene Polster eines Eisenbahnabteils sich gelehnt hatte. BAER sah einen Patienten mit einer Dermatitis infolge einer mit Ersatzleder versehenen Bartbinde. Dieses Ersatzleder war ein lackierter Leinenstoff mit Chromsäuregehalt.

Anschließend an die Schweißlederdermatitis möchte ich die Streichholzschachteldermatitis besprechen; beide sind wohl keine gewerblichen oder beruflichen Hauterkrankungen, können aber doch durch das zahlreiche Auftreten derartiger Dermatitiden, hervorgerufen durch Ersatzprodukte, für den praktischen Arzt Bedeutung haben. Diese Streichholzschachteldermatitis tritt durch das Tragen von Zündholzschachteln in der Hosentasche dadurch auf, daß die Reibeplatte der Zündholzschachtel wegen Mangel an amorphem Phosphor Phosphorsesquisulfid enthielt. Durch die Ausdünstung des Körpers gelangt der reizende Stoff in Dampfform auf die Haut des unter der Hosentasche liegenden Oberschenkelbezirkes, durch Anfassen der Reibeflächen mit den Händen wird dann auf den besonders empfindlichen Handrücken und durch Verschleppung im Gesicht und bisweilen auch an anderen Körperstellen die Entzündung hervorgerufen. Schon seit 1918 wurde in schwedischen und dänischen Arbeiten durch RASCH, CHRISTIANSEN und STRANDBERG darauf aufmerksam gemacht. Bald folgte eine Reihe gleicher Beobachtungen durch BARFOED, FREI, JACOBSEN, LOMHOLT, OLIVARIUS, STRANZ, VIRANT und WITH.

Bei der Besprechung der Ätzgeschwüre durch Karbid und Kalkstickstoffdünger habe ich bereits erwähnt, daß außer Verätzungen durch diese beiden Stoffe auch Dermatitiden bei den damit Beschäftigten auftraten. Bei Karbid habe ich über Dermatitiden an den Händen berichtet, bei Kalkstickstoffdünger liegen über Hautentzündungen an den Händen, Gesicht, Bauch- und Kniegegend Mitteilungen von KOELSCH, E. HOFFMANN, VAN HUSEN, HABERMANN, MEMMESHEIMER, SCHLIER u. a. vor.

Bekannt ist ferner, daß Pflanzen, pflanzliche Stoffe, Stroh, gewisse Holzarten nicht nur Toxikodermien, sondern auch Dermatitiden und Ekzeme hervorrufen können. O'DONOVAN erwähnt Fälle von akuter Dermatitis, welche durch Ausladen von getrockneten Feigen entstanden sind. MAC LEOD beobachtete bei einer Anzahl von Arbeitern nach Ausladen von Kokosnüssen und deren Staub gleichfalls Dermatitiden. Hier möchte ich nur daran erinnern, daß LELOIR schon im Jahre 1885 interessante Beiträge zur Dermatitis der Leinweber gegeben hat. Auch bei Tabakarbeiterinnen kommen an den Händen und im Gesicht Dermatitiden vor. OPPENHEIM erwähnt, daß Arbeiter, welche mit dem Auspacken von Panamahüten beschäftigt waren, im Anschluß an diese Beschäftigung Ekzem der Hände und des Gesichts bekamen. TELEKY und BREZINA beschäftigen sich mit gewerblichem Ekzem durch Pyridin, einem Zersetzungsprodukte des Nikotins, bei Möbelpolierern. In Kunerolfabriken, in denen Pflanzenfette verarbeitet werden, kommen

Digitized by Google

recht häufig bei den dort beschäftigten Arbeitern Handekzeme vor. Oppenheim hat solche Fälle beobachtet, wie auch ich zahlreiche Ekzeme der Hände aus gleicher Ursache feststellen konnte. Wiederholt sah ich recht schwere, hartnäckige Dermatitiden bei Leuten, welche in Parfümeriefabriken, Parfümeriegeschäften tätig waren, ferner bei Arbeitern, welche mit der Herstellung von Haarölen, Haarwässern und Haarfärbemitteln zu tun hatten.

Bekannt sind ferner Dermatitiden und Ekzeme bei Arbeitern, welche mit tierischen Häuten manipulieren, dazu gehören jene Berufe, welche mit Rohhäuten zu tun haben, ferner Gerber, Lederfärber, Lederhändler, Schuhmacher, Ledergalanteriearbeiter, ferner Arbeiter in der Pelzindustrie. Bei vielen dieser Dermatitiden und Ekzeme ist nicht ein schädliches Agens, z. B. die tierische Haut, verantwortlich zu machen, hier kommt es oft zu einer Konkurrenz mehrerer schädlicher Momente, wie die verschiedenen Manipulationen beim Gerben, ferner die Anwendung von Ätzkalk, Chromsäure usw.

Nun komme ich zu einer kurzen Besprechung der durch Erdöl, Petroleum, Benzin, Schmieröl, Teer und seine Produkte entstandenen Dermatosen. K. Ullmann hat in einer ausführlichen Studie „Über das Wesen und die Verbreitung einiger bei der Erdölgewinnung und Paraffinfabrikation entstehender Berufsdermatosen" sich mit dem Naphtha- und Petroleumekzem, der Paraffinakne, dem Paraffinpapillom und -karzinom beschäftigt.

Das dickflüssige Rohöl (Massut, Naphtha), das gewöhnliche Erdöl erzeugt akute und chronische Dermatitiden, oft mit Komplikationen (Pusteln, Furunkeln, Phlegmonen) an den Extremitäten einhergehend, mit besonderer Neigung zur Hyperkeratose und lokaler Warzenbildung, die Komedonenbildung tritt zurück. Diese Eigentümlichkeit ist nach Ullmann darauf zurückzuführen, daß diese flüssigen, frischen Erdölgemenge, welche noch das ganze Benzin und selbst gasförmige Kohlenwasserstoffe enthalten, mehr diffus und tiefer auf die Haut einwirken. Unter den Paraffindermatosen sind es namentlich die Komedonen wie auch die Hornwarzen und Epitheliome, welche nicht nur durch ihre Multiplizität an den meist betroffenen, besudelten Hautstellen, sondern auch durch ihren histologischen Aufbau, insbesondere die allenthalben vorhandenen Wucherungen des Deck- und Follikelepithels deutlich ihren Ursprung erkennen lassen. Die empyreumatischen Stoffe der Schmieröle und des ungereinigten Rohparaffins besitzen diese epithelreizende und zur Wucherung anregende, die mehr flüchtigen Kohlenwasserstoffe des Benzins und der Gase die diffus und mehr flächenhaft entzündungserregende Wirkung. Beide Reize kombiniert und summiert dürften durch ihre Steigerung zur multiplen Ulzeration und Krebsbildung führen (Ullmann). Koelsch hat bei seinen Untersuchungen „Über die Hautschädigungen durch Teer- und Naphthaabkömmlinge und ihre photodynamische Beziehungen" darauf aufmerksam gemacht, daß durch Schmieröle, Bohröle, Teer (Holzteer, Braunkohlenteer oder Steinkohlenteer) und den Abkömmlingen, Kreosot, Anthrazen, Karbolineum, Pech u. a. Hautschädigungen auftreten, welche ähnlich denen sind, welche bei der Verwendung von Kriegsvaselin und Paraffin gemacht wurden. Diese durch die genannten Noxen hervorgerufenen gewerblichen Hauterkrankungen zeigen trotz zahlreicher individueller Verschiedenheiten doch bestimmte Grundzüge, nämlich — außer Hautreizung verschiedener Art — Entzündung der Talgdrüsen, Anreizung zu Zellwucherungen und Verfärbungen. Während die Entzündung der Talgdrüsen wohl in erster Linie auf mechanische Ursachen (Verstopfung derselben) aber auch auf chemische zurückzuführen ist, kommen für die beiden anderen Reizwirkungen bestimmte chemische Körper in Frage, die in allen diesen Substanzen enthalten, in ihren Einzelheiten jedoch noch nicht genügend erforscht sind. Diese chemischen Körper haben u. a. eine charakteristisch photodynamische (sensibilisierende) Wirkung, d. h. sie machen die Haut gegen die photochemische Einwirkung der Lichtstrahlen hochgradig empfindlich. Die Folge dieser Sensibilisierung sind einerseits mehr oder minder heftige Entzündungen in Verbindung mit heftigem Juckreiz und Schwellung der befallenen Haut, andererseits Pigmentierungen als Abwehraktion gegen die Lichtschädigung. Als Ursache für die Dunkelfärbung (Melanose) der Haut in Verbindung mit heftigem Juckreiz und Schwellung derselben kommt, wie bereits erwähnt, die photodynamische Wirkung in Frage, wahrscheinlich infolge des Gehaltes an fluoreszierenden Stoffen, der Akridin-, Anthrazen- und Anthrachinonreihe, welche die Haut sensibilisieren,

Digitized by Google

d. h. gegen die photochemischen Wirkungen der Lichtstrahlen besonders empfindlich machen (TAPPEINER, JODLBAUER, HAUSMANN, JESIONEK, EHRMANN, PERUTZ u. a.).

G. GOLDSCHMIDT hat in der Essener Hautklinik an einem großen Material „die Hautkrankheiten nach Ersatzschmierölen und Ersatzvaseline" besprochen; er unterscheidet drei Gruppen von Schmierölschäden: 1. akute Dermatitis, 2. Follikulitis, 3. Melanose mit Hautverdickung, letztere als photochemische Wirkung. Von den in der Literatur mitgeteilten Schädigungen der Haut durch Schmieröle, Ersatzöle und -salben u. a. sind Ekzeme, Dermatitiden, Akne, Hyperkeratosen und Pigmentierungen mitgeteilt worden. Ich nenne nur einige Verf., wie BETTMANN, BREZINA, G. GOLDSCHMIDT, HABERMANN, E. HOFFMANN, KREN, LUITHLEN, OPPENHEIM, UNNA jun., WEICHHARDT und APITZSCH u. a. FRIEDEBERG beobachtete eine Dermatitis mit lichenoidem Charakter durch Schmieröl. Bemerkenswert sind die von J. E. HEESTMANN durchgeführten „gewerbehygienischen Öluntersuchungen". Die in den verschiedenen Ländern beobachteten Öldermatitiden werden durch mangelhaft gereinigte technische Öle hervorgerufen. Das eigentliche Agens wurde noch nicht entdeckt. Dieser Verf. stellte fest, daß der Reizstoff zu den mehr flüchtigen Bestandteilen des Öls gehört und durch Schwefelsäure gelöst und entfernt werden kann, daß er nicht basischer oder saurer Natur ist. Die Reizwirkungen sind nicht den ungesättigten Verbindungen als solchen zuzuschreiben; der Gehalt an freier organischer Säure ist nicht ausschlaggebend.

Wie ich bereits erwähnte, sind die durch unreines Vaselin oder Ersatzvaselin verursachten Hautschädigungen während und nach dem Kriege in großer Zahl beobachtet worden. OPPENHEIM hat als erster auf diese Schädigungen der Haut, welche in Dermatitiden häufig mit verrukösem Charakter bestanden, hingewiesen und ebenso durch seine histologischen Untersuchungen die Pathogenese aufgeklärt und sich durch chemische Analysen der verunreinigten Salbengrundlagen bemüht, das schädliche Agens festzustellen. BETTMANN, BLASCHKO, BRÜNAUER, EHRMANN, FRIBOES, GALEWSKY, GOLDSCHMIDT, HELLER, HOFFMANN, KRÜGER, KUMER, LIPSCHÜTZ, W. PICK, SACHS, WIRZ u. a. berichten oder demonstrieren über Vaselindermatitis (Vaselinoderma). Als besondere Form derselben hat OPPENHEIM das Vaselinoderma verrucosum — eine durch unreines Vaselin verursachte Hauterkrankung eigener Art beschrieben. OPPENHEIM berichtet über 60 beobachtete Fälle von Vaselinoderma verrucosum, ferner die histologischen und experimentellen Ergebnisse seiner Untersuchungen. Nach ihm ist diese Erkrankung durch unreines Vaselin auf der gesunden oder auf der des Epithels beraubten Haut disponierter Kranken hervorgerufen. Die Erkrankung besteht in Akanthose und Hyperkeratose ohne wesentliche Entzündungserscheinungen, hat einen typischen Verlauf, heilt ohne Veränderungen ab und unterscheidet sich von den bekannten Vaselinschädigungen der Haut durch das Fehlen der Follikulitiden und das Ausbleiben der Pigmentierungen. Die Akanthose ist charakterisiert durch eine Wucherung der basalen Zylinderzellen und deren Langstreckung, sowie durch das Auftreten sogenannter Einschlußkörper zweiter Ordnung. Das Vaselinoderma kann experimentell erzeugt werden, und zwar durch die härteren, einen höheren Paraffingehalt zeigenden, weißen Vaseline. Das klinische Bild des Vaselinoderma verrucosum besteht in der Entwicklung stecknadelkopf- bis hirsekorngroßer Knötchen von solidem Bau, die einen deutlichen Wachs- oder Perlmutterglanz zeigen. Sie wachsen ziemlich rasch, bilden allmählich Plaques und größere Herde, können verruköse Formen annehmen, von drusig unebener Oberflächenbeschaffenheit. Allmählich wird die zentrale Partie gelblich, während die grauweiße Randpartie noch besteht. Unter dunkelbrauner Färbung bildet sich dann im Zentrum eine schalenartige Schuppe, die sich nach und nach abstößt und an ihrer Unterseite kammartige Fortsätze hat. Die von der Schuppe befreite Haut heilt allmählich ab. Die Erkrankung heilt nach Aussetzen der betreffenden Vaseline auch ohne besondere Therapie ab.

Hierher gehören die bereits erwähnten, von KOELSCH beschriebenen und durch Benzol und seine Nitroabkömmlinge hervorgerufenen Schädigungen. Das Benzol dient bekanntlich als Grundsubstanz in der Anilinfarben-, Sprengstoff-, pharmazeutischen und Riechstoffindustrie; es dient ferner als Lösungsmittel für Fette, Öle, Kautschuk, Alkaloide, daher als Entfettungsmittel, als Lösungs- und Verdünnungsmittel von fetthaltigen Körpern, Lacken, Firnissen, Anstrichfarben,

Digitized by Google

Parkettwichse usw. Sehr umfangreich ist schließlich die Verwendung als Treibmittel in Motoren und als Heizmittel. Gewerbliche Vergiftungen sind daher durchaus nicht selten, sei es infolge Einatmung der Dämpfe oder Hautresorption. Bei chronischer Vergiftung steht im Vordergrunde Anämie mit Blutungen (ähnlich Morbus maculosus Werlhofii), in Haut und Schleimhaut, aus den weiblichen Genitalien.

Schließlich möchte ich noch hinzufügen, daß ich in meinem Ambulatorium gleichfalls eine verhältnismäßig große Zahl von gewerblichen Dermatitiden und Ekzemen durch Petroleum, Benzin, Schmieröl, unreines Vaselin usw. beobachten konnte. Namentlich während des Krieges und in der Nachkriegszeit sah ich wiederholt Fälle von Vaselinoderma verrucosum.

Melanodermien.

Im folgenden Kapitel sollen jene Melanosen oder Melanodermien besprochen werden, welche sich bei Arbeitern entwickeln, welche fabrikmäßig oder beruflich mit Arsenik, Teer, Asphalt, Brikett, Schmieröl, Ersatzöl usw. zu tun haben. Wir verstehen unter Melanodermien Verfärbungen der Haut, welche nicht nur an bestimmten unbedeckten Körperstellen, z. B. Gesicht, Hände, lokalisiert sind, sondern auch an anderen bedeckten Körperstellen, ja oftmals universell auftreten können.

Bei Seidenfärbern, Federnschmückern, bei den Erzeugern von Schweinfurtergrün, von Tapeten und künstlichen Blumen beobachten wir gar nicht selten dunkelbraune Verfärbung der Gesichtshaut und der Hände, die auf die gewerbliche Beschäftigung mit Arsenik zu beziehen ist. Dabei spielt nicht nur die exogene Einwirkung eine Rolle, es kommt ohne Zweifel auch der endogenen eine Bedeutung zu; ob nun die Arsenikdämpfe, die Arsenikpartikelchen inhaliert oder verschluckt werden oder ob eine Resorption der Arsenikdämpfe auch von der Haut aus erfolgt, soll hier nicht näher erörtert werden. Außer der Arsenmelanose entwickelt sich auch oftmals eine ziemlich starke Arsenhyperkeratose. Ich will nur auf die bekannten Arbeiten von Kaposi, Neumann, Lang, Rille, Ullmann, Kreibich, H. v. Hebra, Pringle u. a. hinweisen.

Ein besonderes Interesse verdienen diejenigen Melanodermien, welche sich bei Leuten entwickeln, welche mit Schmieröl, Erdölen, Ersatzölen, Gaswasser, Teer, Asphalt, Brikett usw. gewerbsmäßig beschäftigt sind. Dieses Krankheitsbild ist nicht nur klinisch, sondern auch biologisch bemerkenswert. Bei der Entstehung dieser sogenannten Kriegsmelanosen spielt sicherlich die exogene Einwirkung der genannten Schädlichkeiten eine Rolle, zweifelsohne können diese Pigmentierungen der Haut aber auch durch Inhalation oder durch Verschlucken gewisser, im Teer enthaltener, dampfförmiger, pathogener Stoffe entstehen, also auf hämatogenem Wege. Außer der toxischen Wirkung der genannten Schädlichkeiten selbst oder der in ihnen enthaltenen toxisch wirkenden Noxen kommt noch ein Faktor in Betracht, das ist die bereits erwähnte photodynamische Wirkung solcher Stoffe. Es sind dies fluoreszierende Substanzen, welche die menschliche Haut sensibilisieren und unter dem Einfluß der Lichtstrahlen, besonders der Sonnenstrahlen, zu oft schweren Hautveränderungen (Dermatitiden und Verfärbungen) führen. Daß wir auch an bedeckten Stellen solche Melanodermien finden, spricht nur dafür, daß die toxische Substanz allein auch solche Veränderungen hervorbringen kann. In der Literatur ist eine Reihe von Mitteilungen über Verfärbungen durch Schmieröl der unbedeckten Körperteile, besonders des Gesichts und der Hände, aber auch bedeckter bekannt. Außer Melanodermien kommen auch Hyperkeratosen vor. Eine schöne Zusammenstellung über Melanodermatitiden und -dermatosen durch Kriegsersatzmittel verdanken wir Galewsky. Oppenheim berichtet über Schwarz- und Braunfärbungen der unbedeckten Körperteile, besonders des Gesichts, beim Polieren von Patronenhülsen mit unreinem Schmieröl. Mit den gleichen Schädigungen durch Schmieröl beschäftigen sich Bettmann, Blaschko, Brezina, Goldschmidt, E. Hoffmann und Habermann, Holler, Jadassohn, Ledermann, Pulvermacher, Rosenthal, Scholtz, Weichhardt und Apitzsch u. a.

Über die bei Teer-, Asphalt-, Brikettarbeitern auftretenden Melanodermien berichten Blaschko, Galewsky, Habermann, Hoffmann, Jadassohn,

Digitized by Google

KOELSCH, KRÄMER, LEDERMANN, PULVERMACHER, RIEHL, ROSENTHAL, SAALFELD, SCHÄFFER, SCHOLTZ u. a. ARNSTEIN veröffentlichte eine Arbeit über gewerbliche Teermelanose insbesondere bei Trockenbatteriefabrikation, JADASSOHN berichtete über solche durch Arbeiten mit geteerter Dachpappe. SCHÄRER bespricht die Hautschädigungen der Brikettarbeiter und ihre Beziehungen zur Kriegsmelanose. SPIETHOFF hatte Gelegenheit, Melanosen, welche durch Gaswasser hervorgerufen wurden, zu beobachten. FISCHL sah mehrere mit Asphalt beschäftigte Arbeiter an einer mit intensiver Pigmentierung einhergehenden Dermatitis erkranken. Hierher gehört auch die von OSKAR EHRMANN beschriebene Pechhaut, welche bei Arbeitern getroffen wird, die mit Pechdämpfen in Berührung kommen, aber auch bei solchen, die sich nur mit der Zerkleinerung der Pechstücke und mit Pechstaub abgeben. Endlich bei Korksteinarbeitern (OPPENHEIM), die ebenfalls Pechdämpfen ausgesetzt sind. Bei dieser Dermatose finden wir erstens eine allgemeine Bräunung der bloßen Körperteile, vor allem des Gesichts und des Skleraweiß (Pechimprägnierung und Pigmentvermehrung), zweitens Komedonenbildung, drittens häufig hyperkeratotische Prozesse. Auch durch Karboneol (HERXHEIMER und NATHAN) findet eine Sensibilisierung der Haut gegenüber dem Sonnenlichte statt, auch in den Schmierölersatzstoffen, in den Vaselinen sind photosensibilisierende Substanzen enthalten. BETTMANN, MEIROWSKY, ferner OPPENHEIM beobachteten bei Glasern, die mit Ersatzkitt arbeiteten, eine Melanose.

Hieran schließen sich diejenigen Melanodermien, welche auf die Verwendung von unreinem Vaselin, Ersatzvaselin usw. bezogen werden müssen. ARNING hält für das schädliche Agens in dem verunreinigten sogenannten Kriegsvaselin nicht das Petroleum oder die riechende Substanz, sondern die Paraffine. Nach den Untersuchungen dieses Verf. ist das Kriegsvaselin eine Lösung von Paraffin und leichten Mineralölen, also den Petroleumölen. Deshalb riechen diese Salben nach Petroleum. Aber auch photodynamische Substanzen sind in diesen verunreinigten Vaselinen enthalten. Solche Melanodermien nach verunreinigtem Vaselin sind fast überall bei uns und in Deutschland gesehen worden.

Diesen durch Schmieröl, Teer, Asphalt, Brikett, unreines Vaselin, Ersatzsalben, Ersatzöle usw. entstandenen Melanosen ist eine von RIEHL beschriebene eigenartige Melanose gegenüberzustellen.

Es ist das Verdienst RIEHLS, aus der großen Gruppe von Melanosen eine Form hervorgehoben zu haben, bei welcher das Primäre und Hauptsymptom die abnorme Pigmentierung darstellt, sowohl im klinischen wie im anatomischen Bilde. Es tritt eine intensiv dunkle Färbung der Gesichtshaut ein, ähnlich wie die hochgradige Bräunung der Sportsleute. Die Haut erscheint tiefdunkel gebräunt, die Farbennuance schwankt zwischen verwitternder Bronze und Schokoladenfarbe; die Verfärbung erstreckt sich über die ganze Gesichtshaut, ist am stärksten an der Stirn, Jochbein und Schläfengegend ausgeprägt; weiter erstreckt sich die Verfärbung über die Ohren, Hals, Nacken bis ins Kapillitium. Die Oberfläche der Haut ist wie mehlig bestreut, leicht schuppend. Nirgends sind Spuren von Atrophie, Exsudation zu konstatieren. Bei einzelnen Kranken fanden sich auch andere Lokalisationen, so an den Händen und Vorderarmen, Achselfalten und Nabelgegend. Die Affektion juckt nicht. Vergleicht man die beobachteten klinischen Erscheinungen und die histologischen Befunde mit den bekannten melanotischen Hautaffektionen (Arsenmelanose, Pellagra, Morbus Addisoni), so kann man feststellen, daß diese Art der Melanose trotz mancher Ähnlichkeiten keiner der bereits bekannten zugezählt werden kann. RIEHL vermutet, daß ein durch die Nahrung eingeführter Körper, der in der Pferdebohne (Vicia faba) enthalten ist, vielleicht die Veranlassung für die Erkrankung bildet. In Kriegszeiten sind Pferdebohnen vielfach zur Streckung des Brotmehls in Verwendung gezogen worden. E. HOFFMANN bezieht die RIEHLsche Melanose auf Ernährungseinflüsse und steht nach seiner Meinung den pellagroiden Erkrankungen JADASSOHNS und OPPENHEIMS nahe. Von vielen Seiten konnte die von RIEHL gemachte Beobachtung bestätigt werden, und zwar durch ARNING, BLASCHKO, FRÜHWALD, GALEWSKY, GROSZ, E. HOFFMANN, JADASSOHN, KERL, KREN, METZNER, NOBL, PULVERMACHER, ROSENTHAL, SAALFELD, SACHS, SCHÄFFER, SCHOLTZ u. a.

Digitized by Google

7. Gewerbliche Hauterkrankungen durch Farbstoffe.

Die durch Farbstoffe hervorgerufenen gewerblichen Hauterkrankungen kommen bei Malern, Anstreichern, Buchdruckern, Blumenfärbern, Tuch-, Schafwoll-, Baumwoll-, Seidenfärbern, Federnschmückern zur Beobachtung, bei Berufen, welche die verschiedenartigsten Farben, wie Erdfarben, Anilinfarbstoffe, verwenden und verarbeiten. Bei den genannten gewerblichen Berufen kann die Einwirkung von Anilinfarbstoffen mit dem Terpentin, Firnis gemengt oder von mit Anilinfarbstoffen gefärbter Wolle oder von trockenen, pulverförmigen Anilinfarbstoffen allein erfolgen.

Unter Farbstoffen versteht man diejenigen Stoffe, welche mehr oder weniger Verwandtschaft zu der tierischen oder pflanzlichen Faser haben und sich mit derselben unmittelbar oder mittelbar fest verbinden. Die Farben färben entweder direkt und heißen dann substantive, oder mit Hilfe von Beizen, und heißen dann adjektive Farben. Als Beizen dienen die essigsauren Salze von Blei, Eisenoxyd und Chromoxyd, ferner Alaun, Chlorzinn, Brechweinstein, Tannin, Stärke und Eiweiß. Die Farbstoffe kommen in den Handel als Pulver oder Paste, die trockenen, pulverförmigen Farbstoffe meist in Fässern. Werden die pulverförmigen Farbstoffe von einem flüssigen Vehikel aufgenommen, so müssen dieselben wie in einer Emulsion fein zerteilt sein. Je nach der Art der verwendeten Flüssigkeiten unterscheidet man: Ölfarben (mit Leinöl, Terpentinöl), Lackfarben (Lacke + Farbstoff), und zwar mit Leinöl, Terpentinöl, Lackharzauflösungen (in Weingeist) usw., Wasserfarben mit Leim, Gummi arabicum, Stärke usw.

Die Grundlage sämtlicher Fabrikationszweige für die Anilinfarbstoffe bilden erstens das Benzol und dessen Homologe, zweitens das Naphthalin und drittens das Anthrazen. Alizarinfarbstoffe leiten sich vom Anthrazen ab.

Aus diesen Rohmaterialien werden folgende Farbstoffe hergestellt, welche in drei Hauptgruppen eingeteilt werden: 1. Benzolfarben, 2. Azofarbstoffe, 3. Alizarinfarben. Die Benzolfarben zerfallen wiederum in zwei Gruppen, in die der Anilin- und die der Resorzinfarben. Nach ihren Eigenschaften kann man die Farbstoffe einteilen in: 1. Säuren (saure Farbstoffe, die nitrierten und sulfonierten Farben, die Pikrinsäure, Orange, Ponceau- und Nitrofarbstoffe). 2. Basen (die salzartigen Verbindungen von Farbbasen mit Säuren, wie Fuchsin, Methylenblau, Gentiana usw.). 3. Indifferente Körper (Indigo). Die in einer Wiener Buchdruckerei in Gebrauch stehenden Farben und Anilinfarbstoffe wurden von mir zu experimentellen Untersuchungen verwendet: 1. Weiß (Bleiweiß, das bekannte basische Bleikarbonat, bei interner Einverleibung giftig). 2. Zinnober (rotes Schwefelquecksilber [HgS]), nicht giftig. 3. Miloriblau (Berlinerblau), Ferrum Ferro-Cyanatum (nicht giftig). 4. Sienna, Erdfarbe, eisenoxydhaltiger Ton, nicht giftig. 5. Krapplack, ein synthetisch hergestellter Farbstoff, ein bleihaltiger Alizarintonerdelack, nicht giftig. 6. Gelblicht, ein tonerdehaltiger Säuregelbbariumlack (Azofarbe), ist ungiftig (Säuregelb-Naphtholgelb S). 7. Grüner Lack, ein tonerdehaltiger Säuregrünbariumlack, ungiftiger Anilinfarbstoff, auch Säuregrün genannt, ist seiner chemischen Zusammensetzung nach als Triphenylmethanfarbstoff anzusprechen. 8. Brillantrot, ist ein tonerdehaltiger Azofarbbariumlack, ungiftig.

Aber auch durch Arsen, Quecksilber, Phenol usw. verunreinigte Anilinfarben sowie die Beizen können gelegentlich Dermatitiden erzeugen. Von giftigen Anilinfarben, welche gewerbliche Hauterkrankungen hervorrufen können, seien nur als die wichtigsten genannt: Aurantia (Kaisergelb), Natrium- und Ammoniumsalz eines Hexanitrodiphenylamins), Bismarckbraun (salzsaures Triamidoazobenzol), Anilingelb (Amidoazobenzol), Echtgelb, Echtblau (indulinsulfursaures Natron), Korallin (Hautaffektion durch Strümpfe, die mit Korallin gefärbt waren), Anilinschwarz. Eosin und Erythrosin sind an und für sich ungiftig, entfalten nach Belichtung aber toxische Eigenschaften, welche als photodynamische bezeichnet werden (Tappeiner und Jesionek, Jodlbauer, Hausmann u. a.).

Blaschko bezeichnet nur diejenigen Hautaffektionen als durch Farbstoffe hervorgerufen, welche sich direkt auf die Beschäftigung, z. B. der Anilinarbeiter, auf den Kontakt der Haut mit den fertigen Farbstoffen — in flüssigbreiiger oder in Pulverform — beziehen lassen. Zu den häufigsten und gewöhnlichsten Erkrankungsformen der Haut durch Anilinfarbstoffe gehören die Dermatitis, das Ekzem, die akneartigen Ausschlagsformen, ferner die Papillome und Epitheliome. Letztere werden in einem besonderen Kapitel besprochen werden.

Digitized by Google

Hervorheben möchte ich nur, daß das Anilinöl selbst nur bei längerer Einwirkung papulöse Exantheme macht. Die durch gewisse Anilinfarben hervorgerufenen akuten erythematösen Hautentzündungen habe ich bereits bei Besprechung der Toxikodermien erwähnt.

Eine Reihe von Fällen meiner Beobachtung bot Krankheitsbilder dar, deren Entstehung auf die gewerbliche Beschäftigung mit Anilinfarbstoffen zurückzuführen ist.

Bei einem Buchdrucker, der mit dem Verreiben von Anilinfarbstoffen (Azotriphenylmethanfarbstoffen) beschäftigt ist, auf dessen unbedeckte Hautflächen diese pulverförmigen Anilinfarbstoffe durch ¾ Jahre einwirken, entwickelten sich im Gesicht und an den Armen papillomähnliche Exkreszenzen. Zwei Anstreicher, welche Chromgrün und Chromgelb mit Firnis und Terpentin vermengt verarbeiteten, boten an den Händen außer ihrer artifiziellen Terpentindermatitis papulös-verruköse Effloreszenzen dar. Eine Patientin, welche als Teppicharbeiterin mit dem Knüpfen der mit Anilinfarbstoffen (Säurerot, Naphtholgelb usw.) gefärbten Wolle beschäftigt ist, zeigt an Hand und Fingerrücken das Bild des Eczema verrucosum.

Bei einem Teil dieser Fälle wurde der Nachweis der Anilinfarbstoffe im Gewebe auch histologisch erbracht und dadurch der genetische Zusammenhang von ursächlicher Wirkung der Anilinfarbstoffe und Entwicklung solcher papillomatös-verruköser Gebilde auf der menschlichen Haut mit großer Wahrscheinlichkeit nahegelegt.

Bei einer Frau, welche mit dem Umwickeln der Kupferdrähte mit schwarz gefärbter Wolle beschäftigt ist, entwickelte sich durch den in derselben enthaltenen Farbstoff (Anilinschwarz) an beiden Händen ein papulöses Ekzem.

Aus der jüngsten Literatur erwähne ich eine von HUDELO und DUMET mitgeteilte Beobachtung einer Dermatitis nach Tagen eines mit „Kabiline" gefärbten Leibchens. LEWENSTERN sah bei einer Schneiderin jedesmal Dermatitis des Gesichts auftreten, wenn sie rotes Schneidermaterial verarbeitete. O'DONOVAN hatte gleichfalls mehrere Fälle von Gewerbeekzem in Farbenfabriken zu sehen Gelegenheit gehabt. HARDING, BRAYTON, PUSEY, ORMSBY, WINFIELD haben bei Arbeitern, welche in Fabriken mit der Herstellung von Parisergrün (arsenhaltiger Farbstoff) beschäftigt sind, ausgebreitete Dermatitiden beschrieben.

Meine experimentellen Untersuchungen bezogen sich auf die in der bereits erwähnten Wiener Buchdruckerei gebrauchten Farben und wurden in der ersten Versuchsreihe zunächst in Form von Einreibungen mit mannigfaltiger Variation in Anzahl und Zeitintervall derselben auf die innere Ohrfläche von Kaninchen verwendet. Die histologische Untersuchung solcher durch Einreibungen von Anilinfarbstoffen veränderten Hautstellen ergab in einer großen Anzahl angestellter Versuche stets das gleiche Resultat, das in einer beträchtlichen Verbreiterung und Proliferation des Rete Malpighi, sowie in einer Wucherung der Talgdrüsen bestand, häufig verruköse oder epitheliomähnliche Bilder darbot.

Kontrolluntersuchungen mit Bleiweiß, Miloriblau (Berlinerblau), Zinnober, Sienna sind negativ ausgefallen.

In einer zweiten Versuchsreihe wurden die Versuche B. FISCHERS mit subepithelialer Injektion von Scharlachöl in das Kaninchenohr einer Nachprüfung unterzogen und die Erzeugung atypischer — richtiger pathologischer — Epithelwucherungen durch Scharlachölinjektionen bestätigt. Die gleichen Resultate (epitheliom-, trichoepitheliom- oder der Keratosis follicularis ähnliche Bilder) erhielt ich mit chemisch dem Scharlachrot vollständig verschieden konstituierten Anilinfarbstoffen, so daß ich in Übereinstimmung mit anderen Verff. dem Scharlachrot allein keine spezifische Wirkung auf das Epithel zuschreiben kann.

STOEBER und WACKER gelang es mit Eiweißfäulnisprodukten (Naphthylamin, Skatol, Indol), WACKER und SCHMINCKE mit verschiedenartigen öligen und fettigen Substanzen atypische Epithelwucherungen zu erzeugen, während ich auch mit Injektionen von reinem sterilisiertem Olivenöl — im Gegensatz zu WACKER und SCHMINCKE — ein positives Resultat erzielte.

B. FISCHER sprach schon 1906 den Gedanken aus, daß diese epithelproliferierende Eigenschaft des Scharlachrots sich auch praktisch verwerten lassen könne. SCHMIEDEN wendete als erster das Scharlachrot als 8%ige Salbe bei granulierenden Wunden, Ulcera cruris usw. mit gutem Erfolg an. Die gleichen günstigen Resul-

Digitized by Google

tate wurden von zahlreichen Verff. bestätigt. Hayward empfahl das Amidoazotoluol, den wirksamen Bestandteil des Scharlachrots, dessen Verwendung das gleiche Resultat wie das Scharlachrot zeigte. Meine Untersuchungen haben ergeben, daß eine 10%ige Brillantrotsalbe die Scharlachrotsalbe an Promptheit und Raschheit der Wirkung übertrifft, während die 10%ige Säuregrünsalbe (Triphenylmethanfarbstoff) zu stark irritierend wirkt.

Es stimmen also die klinischen Beobachtungen mit den experimentellen Untersuchungen sowie den therapeutischen Resultaten der Anilinfarbstoffe, Brillantrot, Krapplack, Gelblicht, grüner Lack, überein, indem diesen eine stark granulationsbefördernde und epithelisierende Wirkung zukommt, so daß sie für das Scharlachrot sowie für das Amidoazotoluol nicht spezifisch ist.

In einem an mich (10. März 1911) gerichteten Schreiben hat Ehrlich bezüglich meiner Versuche mit den genannten Anilinfarbstoffen sich folgendermaßen geäußert: „. . . Was nun Ihre Anfrage betrifft, so kann man in der Tat das Dioxydiamidoarsenobenzol in eine gewisse Analogie setzen mit den Azofarbstoffen, insofern als die Arsengruppen As = As mit dem Azorest N = N in Parallele stehen. Re vera sind ja auch die Arsenverbindungen deutlich, wenn auch nicht intensiv gefärbt. Es ist also der chromophore Charakter der Arsengruppe ein schwacher, dafür aber die biologische Wirkung eine erhöhte."

Die Tatsache, daß bestimmte Anilinfarbstoffe auf menschliche und tierische Gewebe eine schwer schädigende Wirkung ausüben, findet seine Bestätigung in einer Reihe von beruflichen Schädigungen, die sich einerseits auf die Verletzungen mit Tintenstiften (Kopierstiften), andererseits auf solche mit schwarzem Zwirn beziehen.

Den Augenärzten sind solche Verletzungen mit Tintenstiften schon lange bekannt. S. Erdheim hatte Gelegenheit, auf der chirurgischen Abteilung A. Fraenkels 23 Fälle von Tintenstiftverletzungen zu beobachten; sie entstehen durch Hineinstoßen eines Tintenstiftes und Abbrechen der Spitze desselben unter der Haut. Die mechanischen Folgen machen sich mit Rücksicht auf die Kleinheit des Fremdkörpers nicht geltend. Auch die bakteriellen Störungen treten in den Hintergrund, und trotzdem heilen diese kleinen Fremdkörper nicht ein, sondern erzeugen lokal schwere, toxisch-nekrotische Schädigung des Gewebes, die zur Bildung von langwierigen, torpiden Geschwüren Veranlassung geben. Die Tintenstifte bestehen aus Methylviolett, welches der Farbstoffgruppe der Triphenylmethane angehört, von welcher Vogt die stärksten Schädigungen des Gewebes im Experiment gesehen hat. Nach Erdheims Untersuchungen handelt es sich in den betreffenden Fällen um eine vollständige Gewebsnekrose, die sich um das Lager des Tintenstiftes gebildet hat, aber weit über dasselbe hinausreichte. Derselbe Verf. konnte die klinischen Beobachtungen durch experimentelle und histologische Untersuchungen stützen und die Pathogenese derartiger Verletzungen erklären und zeigen, daß der Tintenstift auch im tierischen Gewebe schon nach sehr kurzer Zeit eine heftige Reaktion hervorruft.

Ballin und Saltzstein, ferner E. Glass konnten gleichfalls Tintenstiftverletzungen des Handrückens beobachten.

Aber auch andere Stoffe, welche beruflich eine ausgedehnte Verwendung finden, wie z. B. gefärbter Zwirn, können gelegentlich durch Verletzungen schwere Schädigungen hervorrufen. So konnte ich einen Fall verfolgen, welcher eine 54jährige Frau betraf, welche sich beim Nähen mit schwarzem italienischem Zwirn den kleinen Finger der rechten Hand geritzt hatte. Im Anschluß an diese kleine Verletzung entwickelte sich in kurzer Zeit ein Infiltrat mit Abszeßbildung, welches trotz Inzision und fachgemäßer chirurgischer Behandlung zur Progredienz und Nekrose führte, so daß schließlich der kleine Finger der rechten Hand enukleiert werden mußte. Die histologische Untersuchung ergab ein Granulationsgewebe mit vereinzelten spärlichen Kokken, deren Vorkommen für die Diagnose der Erkrankung nicht verwertet werden konnte. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters der Geschwürsfläche ergab ein Bakteriengemenge, aus dem Eiter in den Taschen konnten Streptokokken in Reinkultur gezüchtet werden. Durch die Liebenswürdigkeit von Herrn Ingenieur Leo Kollmann war ich in die Lage versetzt, mit dem aus dem schwarzen italienischen Zwirn extrahierten Farbstoff Eisschwarz experimentelle Untersuchungen anzustellen, die ich in der Prosektur Hofrat Paltaufs ausgeführt habe. Der aus dem schwarzen italienischen Zwirn extrahierte Farbstoff ist ein

Digitized by Google

Anilinfarbstoff, ein lipoidlöslicher Azofarbstoff, welcher ähnlich gebaut ist wie das Amidoazotoluol oder Amidoazobenzol. Das Eisschwarz ist aber sehr stark reaktionsfähig für das tierische Gewebe, also hautschädigend wie seine Komponenten. Der österreichische schwarze Zwirn ist mit Anilinschwarz, dem am häufigsten verwendeten, echtesten und billigsten Schwarz gefärbt, einem unlöslichen, wenig reaktionsfähigen Körper.

Die experimentellen Untersuchungen bestanden darin, daß die subkutan und kutan durch die Kaninchenhaut gezogenen Fäden von schwarzem italienischem und österreichischem Zwirn, sowie weißem österreichischem Zwirn, sowie dem aus dem schwarzen Zwirn durch Äther extrahierten Farbstoff in ihrer Reaktionsfähigkeit auf das tierische Gewebe geprüft wurden. Aus diesen Versuchen ergibt sich, daß schwarzer italienischer Zwirn, insbesondere der aus diesem Zwirn extrahierte Farbstoff Eisschwarz, die stärksten Reaktionen auf das tierische Gewebe ergeben haben, welche beim Eisschwarz in starken entzündlichen Veränderungen, Abszeßbildung, Nekrosen und Geschwürszerfall bestehen. Bedeutend geringere Veränderungen wurden mit dem schwarzen österreichischen Zwirn hervorgerufen, da der Farbstoff desselben, das Anilinschwarz, für das tierische Gewebe ein indifferenter und viel weniger reaktionsfähiger Körper ist als der lipoidlösliche Azofarbstoff Eisschwarz. Zwei weitere Kontrollversuche mit österreichischem weißem Zwirn ergaben fast gar keine Reaktion für das tierische Gewebe und zeigten histologisch das Bild der reaktionslosen Fremdkörpereinheilung.

Diese Gewebsschädigungen durch den schwarzen italienischen Zwirn sind in Analogie zu setzen mit den von S. Erdheim beschriebenen Verletzungen mit Tintenstiften.

So zeigen diese wenigen Beispiele ganz besonders die beruflichen Hauterkrankungen durch Anilinfarbstoffe, welche Bedeutung die experimentelle Forschung für die Klinik und die Pathologie bietet, aber auch welch großen Nutzen die Therapie dadurch erfährt. Die epithelproliferierende Eigenschaft der Anilinfarbstoffe bildet wiederum eine Brücke zu der experimentellen Krebsforschung durch Einpinselung von Steinkohlenteer und seinen Derivaten. Die Tatsache, daß z. B. Scharlachrot oder Brillantrot starke epithelisierende Eigenschaften besitzen, wird ja in der Therapie zur Behandlung von Wunden, Ulcera cruris usw. reichlich ausgenutzt. Die Anwendung einer 10%igen Säuregrünsalbe (Triphenylmethanfarbstoff) hatte stark irritierende Eigenschaften zur Folge, erzeugte oft Nekrosen ebenso wie das in den Tintenstiften enthaltene Methylviolett (Triphenylmethanfarbstoff) oder der im schwarzen italienischen Zwirn enthaltene Farbstoff Eisschwarz.

8. Hautveränderungen durch elektrischen Starkstrom und Röntgenstrahlen.

Eine große Bedeutung haben gerade in den letzten Jahren die durch den elektrischen Starkstrom entstandenen Hautveränderungen, wie Dermatitiden, Nekrosen, erlangt. In Wien beschäftigt sich JELLINEK mit diesen in das Gebiet der Elektropathologie gehörenden Fragen seit mehr als zwei Jahrzehnten. Ich will hier diese durch den elektrischen Starkstrom sowie durch Röntgenstrahlen beobachteten Berufsschädigungen nur ganz kurz erwähnen, da diese ohnehin von JELLINEK in einem besonderen Vortrag besprochen wurden.

Als elektrische Strommarken wurden von JELLINEK die spezifischen elektrischen Hautveränderungen bezeichnet, die bei durch Starkstrom Verunglückten als Folge der Stromwirkung auftreten. Der genannte Verf. hat immer betont, daß die durch Elektrizität verursachten Hautveränderungen mit Brandwunden nichts gemein haben, da sie sich klinisch und pathologisch-anatomisch von Verbrennungen durchaus unterscheiden, da sie in dieser Beziehung und auch ätiologisch eine Sonderstellung in der Pathologie einnehmen. Über Starkstromverletzungen liegt bereits eine Reihe von Beobachtungen vor, so von RIEHL, FISCHL, FUHS, KUMER, KAWAMURA, SCHRIDDE u. a.

Mit der Histologie der elektrischen Strommarken der Haut hat sich außer RIEHL, JELLINEK, KAWAMURA auch SCHRIDDE beschäftigt. Der typische histologische Befund derselben besteht darin, daß besonders die Basalzellen zu langen fadenförmigen Gebilden ausgezogen erscheinen, die eine parallele oder der Stromrichtung entsprechende, büschelförmige Anordnung zeigen, ohne daß an Zellen und

Digitized by Google

Kernen Zerstörungserscheinungen wahrnehmbar wären. Außerdem scheinen die Kutispapillen verkürzt, worauf ein neues Symptom, eine Abflachung der Epithelleisten zurückzuführen ist, das auch im daktyloskopischen Bilde zum Ausdrucke kommt und manchmal allein auf die stattgefundene Elektrisierung hinweist. Die erwähnten histologischen Veränderungen sind von großem Interesse, zumal auch die experimentelle Erzeugung derselben (Jellinek, Kawamura) gelang.

Die Literatur über berufliche Röntgenschäden bei Ärzten, Hilfspersonal in Röntgeninstituten, Arbeitern in Röntgenfabriken ist eine ziemlich umfangreiche. Bekanntlich erkranken Leute, welche ohne zweckmäßigen Schutz viel in der Nähe von Röntgenröhren arbeiten (Unna), leicht an den exponierten Stellen an einer chronischen, schwer zu heilenden Dermatitis. Am häufigsten betrifft diese chronische Radiodermatitis die Hände der Radiologen und zeigt bei diesen das Bild der Röntgenhand. Diese ist charakterisiert durch eine bleibende Verdickung an den Handtellern, die Haut ist von tiefen Rhagaden und Furchen durchzogen. Außerdem finden sich auch Atrophie der Haut der Hände, Pigmentierungen und Depigmentierungen und teleangiektatische Stellen, die Nägel werden brüchig und zeigen Riffe und Furchen. Snow, Arnold u. a. besprechen ausführlich die Röntgendermatitis, Freund und Oppenheim die Histologie derselben.

Schließlich wäre noch örtliche Geschwürsbildung zu erwähnen, die gleichfalls bei Personen auftritt, welche mit Röntgenapparaten oder Radium umzugehen gezwungen sind, ebenso die Karzinome auf Basis einer Röntgendermatitis.

9. Berufliche Infektionskrankheiten.

Den im Berufe erworbenen Infektionskrankheiten kommt nicht nur klinisch eine große Bedeutung zu, sondern auch in sozialhygienischer Beziehung. Erkrankungen wie Tuberkulose und Syphilis können die Arbeitsfähigkeit und Erwerbsmöglichkeit nicht nur herabsetzen, sondern oftmals ganz unmöglich machen. Lokale Erkrankungen, wie z. B. Tuberculosis verrucosa cutis, sind häufig der Ausgangspunkt für Allgemeininfektionen. Auf die durch eine berufliche Syphilisinfektion mögliche Erkrankung einer Tabes dorsalis oder progressiven Paralyse brauche ich wohl nicht näher einzugehen. Ebenso sind ja die schweren, oft zum Tode führenden Infektionen mit Milzbrand, Rotz zu werten. Jedenfalls möchte ich schon hier betonen, daß die Zahl der beruflichen Infektionskrankheiten trotz mannigfaltiger hygienischer Maßnahmen noch immer beträchtlich ist.

Bekanntlich kommen bei bestimmten Berufsarten, wie beim Fleischhauer- und Selchergewerbe, bei Leichendienern, Krankenpflegerinnen usw. Infektionen mit tuberkulosehaltigem Material zustande. Der Infektionsmodus ist der exogene, und wir sehen das Bild der Tuberculosis verrucosa cutis (Paltauf, Riehl). Bei einem in einer Glasfabrik als Hilfsarbeiter beschäftigten 70jährigen Manne entwickelte sich im Anschluß an ein im Jahre 1915 erlittenes Trauma des rechten Handrückens eine Tuberculosis verrucosa cutis, das gleiche Krankheitsbild sah ich bei einem zweiten Patienten, der ebenfalls in einer Glasfabrik beschäftigt war, nach einer Verletzung des kleinen Fingers der rechten Hand. Jadassohn beschrieb Hauttuberkulose bei Schuhmachern, Fabry, Rölke u. a. bei Bergleuten, Oppenheim bei Stroharbeitern. Bei allen diesen Berufsarten entstehen zahlreiche kleine Verletzungen, welche als Eintrittspforte für den Tuberkelbazillus angesehen werden. Reichert untersuchte die Berufsschädigungen bei Glasbläsern in der Mundhöhle und am Zahnsystem. Die Infektion erfolgt bei Glasbläsern durch die „Pfeife", ein $1\frac{1}{2}$ m langes und fünf Pfund schweres Eisenrohr. Der Kölbelmacher nimmt den „Tropfen" aus der flüssigen Glasmasse und bläst kurze Zeit ins Rohr, wodurch ein Kölbchen erzeugt wird; dies besorgen die Lehrlinge. Der Gehilfe bläst dann stärker und macht einen großen Ballon, am meisten strengt sich der Meister an, der mit großer Blaskraft die Arbeit in der eisernen Form vollendet. Die Pfeife geht dabei von Mund zu Mund. Die Syphilis- und Tuberkuloseinfektion erfolgt durch eine typische Lippenverletzung an der Ober- und Unterlippe, die durch die rotierende Glaspfeife zustande kommt.

Über die durch den Beruf erworbene extragenitale Syphilis besteht eine recht umfangreiche Literatur. Der Infektionsmodus erfolgt entweder unmittelbar oder mittelbar. Unmittelbar beobachten wir häufig Syphilisinfektionen bei Ärzten, Hebammen, Ammen, Wartepersonen usw.; mittelbar kann die Syphilis übertragen werden

Digitized by Google

z. B. bei Glasbläsern, Musikern, Tapezierern durch die Benutzung derselben Instrumente oder durch Unsitten im Berufe (Halten der Nägel im Munde). KLAUDER beschäftigt sich mit der Frage Syphilis und Trauma. MIBELLI erörtert die im Beruf erworbene Syphilis und das Gesetz bei solchen Unglücksfällen, ferner die Grundzüge der Feststellung der Übertragungsmöglichkeit. Auf alle die hier in Betracht kommenden sozialärztlichen Fragen hat bereits FINGER in seinem Vortrage „Die Syphilis als Staatsgefahr" hingewiesen.

Die Infektion mit Milzbrand, Rotz erfolgt entweder direkt durch Berührung mit erkrankten Tieren oder durch die Manipulation mit tierischen Produkten. An Milzbrand erkranken nicht gar so selten Fleischhauer, Kürschner, Pinselarbeiter, Tapezierer, Roßhaarspinner; an Rotz sind es wiederum Tierärzte, Pferdewärter, Kutscher usw., welche der Gefahr einer Infektion ausgesetzt sind. In meinem Krankenkassenambulatorium hatte ich Gelegenheit, einen Fall von Milzbrand (Pustula maligna) hinter der rechten Ohrmuschel bei einem Roßhaarspinner zu beobachten. KOELSCH stellte in einem über das Jahr 1915 herausgegebenen Bericht fest, daß in diesem Jahre 66 Milzbrandfälle in Deutschland zur Beobachtung gelangten.

Bei jenen Berufen, welche mit Fleisch, Wild, Geflügel zu tun haben, ferner Arbeiter in Margarinefabriken oder Angestellte der Lebensmittelbranche zeigen öfters an den Händen Erysipeloide. Ich selbst sehe jedes Jahr eine Anzahl solcher Fälle. Über die Übertragung von Schweinerotlauf auf den Menschen berichten BENCZE, DÜTTMANN, ESAU, KREN, RILLE, SALINGER, SCHMIDT, STEINER, VEILCHENBLAU, WALLECZEK u. a. KREN konnte einen Fall von Schweinerotlauf durch Injektionen mit Schweinerotlaufserum heilen. GESTEWITZ erzielte mit dieser Therapie nach acht Tagen ohne jede äußere Behandlung eine wesentliche Besserung, nach sechs Wochen war völlige Heilung eingetreten.

Gewerbliche Infektionen von Blattern durch leblose Gegenstände, wie Bettfedern, Kleider, kommen bei denjenigen Berufen vor, die in Bettfedernfabriken oder mit dem Reinigen derselben oder mit dem Rupfen von Geflügel beschäftigt sind, ferner bei Wäscherinnen und solchen Personen, die mit den Kleidern Blatternkranker beruflich zu tun haben. An Variola erkranken häufig solche Personen, die mit Pockenkranken viel zu tun haben, oder an Vakzine, die bei der Impfstoffgewinnung tätig sind.

Die beim Melken der Kühe als sogenannte Melkerknoten auftretenden, durch Infektion von Geschwüren des Euters entstandenen und auf den Menschen (Melker) übertragenen Krankheitsprozesse sind gleichfalls als berufliche Dermatose aufzufassen. Über Kuhpockeninfektion, d. h. Übertragung der originären Kuhpocke von dem Euter der Kuh auf den Melker, sind in der Literatur eine Reihe von einschlägigen Beobachtungen mitgeteilt. ARONSOHN beschrieb eine Infektion des Melkerpersonals von pockenkranken Kühen. VOLLMER berichtet über einen Fall von Kuhpockenübertragung auf den Menschen, ebenso MANKE. PILGE sah bei mehreren Dienstmädchen eines Hofes Kuhpocken der Arme, die sie sich beim Melken von an Vakzine erkrankten Kühen zugezogen hatten. Von KAEMPFER stammt eine Mitteilung über eine Kuhpockenepidemie mit Übertragung auf den Menschen. Weitere Beobachtungen über sogenannte Melkerknoten liegen von FRIEBOES, LÖHE, MARIANI, PILS, REINER, WINTERNITZ u. a. vor. Bemerkenswert erscheint ein in der Wiener dermatologischen Gesellschaft demonstrierter und von NOBL ursprünglich als originäre Kuhpockenübertragung angesehener Fall. Durch den PAULschen Kornealversuch konnte die für Vakzine und Variola charakteristische Epitheliose ausgeschlossen werden. Nach dem Impfeffekt sowie durch das Fehlen der GUARNERIschen Körperchen wäre die Affektion als Impetigo contagiosa anzusprechen.

Es ist ja allgemein bekannt, daß die Maul- und Klauenseuche, wie BLASCHKO erwähnt, gelegentlich auf den Menschen, und besonders Kutscher und Stallpersonal, die mit Vieh zu tun haben, übertragbar ist. Von Maul- und Klauenseuche sind die auch oftmals gehäuft auftretenden aphthösen Geschwüre der Mundschleimhaut wohl zu unterscheiden.

Über eine eigenartige Affektion bei Melkerinnen berichten WINTERNITZ, AUDRY. Die Krankheit tritt unter verschiedenen Bildern auf, so waren in dem einen beschriebenen Falle an den Händen und Vorderarmen teils Blasen, teils kleine, isoliert stehende Knoten aufgetreten, teils kam es zur Bildung eines Pana-

Digitized by Google

ritiums. Die Erkrankung war bei den Melkerinnen kurze Zeit nach dem Melken einer die gleichen Symptome zeigenden Kuh aufgetreten. Rambousek gibt das Panaritium der Melkerinnen allein als Berufskrankheit an und führt das Zustandekommen desselben auf das Eindringen der feinsten Kuhhaare in die Finger der Arbeiterinnen zurück (Bernstein, zitiert nach Oppenheim). Jadassohn, Lauener u. a. berichten gleichfalls über Knoten bei Melkern, die durch Eindringen von Kuhhaaren bedingt waren.

Unter „Melkerknoten" werden aber verschiedene Prozesse untereinander geworfen und zum Teil identifiziert, in Wirklichkeit handelt es sich oft um klinisch und ätiologisch verschiedene Krankheitsbilder. Differentialdiagnostisch kommen bei Melkerknoten in Betracht: 1. Wahre Kuhpocken (Abortiv- oder Steinpocken), 2. falsche Pocken oder Varizellen, 3. Maul- und Klauenseuche, 4. Pyodermien (Impetigo), 5. infektiöse Papillome, 6. Fremdkörpertumoren und Panaritien (durch Eindringen von Kuhhaaren).

Um die Diagnose „echte Kuhpocke" sicherzustellen, genügt nicht allein die klinische oder histologische Untersuchung des Falles oder der betreffenden Kuh. Es muß bei der Kuh und bei dem Melker zunächst eine Revakzination und dann der Paulsche Kornealversuch vorgenommen werden. Der positive Ausfall desselben, sowie insbesondere der positive Nachweis der Guarnerischen Körperchen, geben erst einen sicheren Anhaltspunkt für die Diagnose echte Kuhpocke. Ohne Paulschen Kornealversuch könnte es leicht geschehen, daß klinisch ähnliche Knoten oder Pusteln mit den echten Pocken verwechselt werden. Daher sind alle jene Fälle, die als sogenannte Melkerknoten beschrieben werden, ohne histologische Untersuchung und besonders ohne Tierexperiment für eine genaue Klassifizierung nicht zu verwerten.

Gewerbliche Hauterkrankungen durch tierische Parasiten kommen bei verschiedenen Berufen vor. So beobachtet man recht häufig Skabies bei Bäckern und Schuhmachern, begünstigt durch das enge Beieinanderschlafen. Während und nach dem Kriege hat die Skabies nicht bloß in der Arbeiterbevölkerung, sondern auch in anderen Gesellschaftskreisen einen geradezu epidemischen Charakter angenommen.

Unter den verschiedenen Zecken dringt besonders der Holzbock (Ixodes ricinus) zuweilen bei Aufenthalt, besonders Lagern im Walde, in die Haut ein, saugt sich mit Blut an und stellt dann eine braunrote, etwa linsengroße, der Haut anhaftende Blase dar. Verschiedene Milben und deren Larven, so die Grasmilbe (Leptus autumnalis), die Gerstenmilbe (Acarus hordei), die Vogelmilbe (Dermanyssus avium) erzeugen in den Sommermonaten bei Schnittern, Landleuten, die sich mit Geflügelzucht beschäftigen, indem sie in größerer Menge auf die Haut gelangen und sich in die Epidermis einbohren, entzündliche Erscheinungen, die unter dem Bilde einer Urtikaria, eines Erythems, eines Ekzems ablaufen (Finger). K. Toldt jun. beschreibt ein endemisches Herbsterythem im Schlerngebiet, hervorgerufen durch Ernte- und Grasmilben.

Legge und Nixon beschäftigen sich mit Gewerbekrankheiten in der kalifornischen Industrie, welche in Lichen-urticatus-artigen Affektionen bestehen und sich nach Ausladen von Baumwollballen oder durch das zum Verpacken von elektrischen Lampen verwendete Stroh einstellen. Die Ursache dieser Dermatosen wird auf eine in der Baumwolle oder in russischer Gerste lebende Milbe (Pediculoides ventricosus) zurückgeführt. Bei Speicherarbeitern beobachtete Blaschko eine über den ganzen Körper sich erstreckende Dermatitis, deren Auftreten wahrscheinlich auf eine Milbe (Sphaerogyna venticulosa) zurückzuführen war, während in einem anderen Falle (Wills) feinste Härchen unter dem Gerstenstaub zu finden waren, die sicher zum großen Teil von Mucuna pruriens herrührten (einer Pflanze aus der Gattung der Leguminosen). Hingegen wird als „Kornjucken" von Schamberg eine urtikarielle Erkrankung beschrieben, die bei Arbeitern vorkommt, die mit Zerealien oder Stroh (Strohmatratzen, Packstroh, Weizensäcke u. dgl.) in Kontakt kommen und mit größter Wahrscheinlichkeit auf Milben zurückgeführt wird. Jarisch hatte Gelegenheit, bei Feldarbeiterinnen Dermatosen zu sehen, welche er als Myiasis externa dermatosa beschreibt, die durch Fliegenlarven bedingt sind und am weiblichen Genitale der Feldarbeiterinnen eine heftige Vulvitis und Vaginitis erzeugen.

Bei Abspulern von Seidenkokons (mal des bassines) beschreibt Levy-Sirugue eine gewerbliche Dermatose, welche durch Mazeration der Kokons im kochenden Wasser entsteht und bei den Arbeiterinnen in Form eines bullösen Erythems der

Digitized by Google

Hände auftritt. Von der einen Seite wird als die Ursache dieses Erythems eine Milbe, von anderer Seite ein in der Puppe des Seidenwurms enthaltener, blasenziehender Reizstoff angesehen, und es konnte auch aus dieser ein Pulver gewonnen werden, welches auf der Haut Brennen und Bläschen erzeugte.

Aber auch durch pflanzliche Parasiten entstandene berufliche Infektionen sehen wir recht häufig. Kutscher, Stallpersonal, Viehhirten usw. erkranken an oberflächlicher und tiefer Trichophytie. Bei Arbeitern in der Pelzindustrie sieht man öfters mykotische Dermatosen, wie z. B. Pityriasis rosea, Herpes tonsurans usw. Bei Feldarbeitern, Müllern kommen, wenn auch nicht gar zu häufig, Aktinomykoseinfektionen oder solche mit Madurafuß (Mycetoma pedis) an den Beinen bei den Indern, die sich mit Ackerbau und Feldarbeit beschäftigen (OPPENHEIM), vor. MIESCHER beschrieb einen Fall von Mycetoma pedis nostras, verursacht durch eine neue pathogene Streptothrix.

LEVY-SIRUGUE berichtet noch über eine Reihe seltener gewerblicher Hauterkrankungen, welche durch pflanzliche, in die Gruppe der Fadenpilze gehörige Parasiten hervorgerufen werden. Arbeiter, die Schilfrohr (Arundo donax), einer Schilfart der Provence, zu Decken verarbeiten, erkranken oft unter dem Bilde eines Ekzems, namentlich im Gesicht, am Halse und an den oberen Extremitäten; es kann sich aber auch auf andere Körperstellen ausbreiten. Auf dieser Schilfart kommt ein Rost (Puccinia) vor, welcher einen Pilz, das Sporotrichum dermatodes, enthält. Schließlich wären noch Pilzinfektionen zu erwähnen, die auf verschiedene Schimmelpilze, wie Mucor mucedo und Aspergillus, zu beziehen sind und bei Heubindern, Sesselflechtern und Korbmachern beobachtet werden.

10. Durch berufliche Beschäftigung entstandene Hautkarzinome.

Es ist eine schon seit langem bekannte Tatsache, daß Karzinome der Haut als gewerbliche Berufsschädigungen auftreten können, ich erinnere nur an die bei Teer-, Pech-, Paraffin-, Petroleumarbeitern, Schornsteinfegern, mit Röntgen Beschäftigten sich entwickelnden Karzinome. ARNSTEIN hat in einem Sammelreferat „Der Krebs als Berufskrankheit" diese Frage eingehend behandelt. Von deutschen Verff. haben solche berufliche Karzinome beschrieben VOLKMANN, TILLMANNS, ESMARCH, HOFFMANN, THIERSCH, SCHUCHARDT, LIEBE, ZWEIG, KIRK, K. ULLMANN u. a., von englischen BELL, COOPER, COURLING, COLEY und PAGET, MACKENZIE u. a. ESMARCH, TILLMANNS beschuldigen den Tabak als reizende Substanz für die Bildung von Krebsen. L. ZWEIG beschreibt einen Fall von multipeln Hautkarzinomen bei einem Brikettarbeiter. K. ULLMANN hatte Gelegenheit, Fälle von multipeln Karzinomen an der Haut und besonders am Skrotum bei Arbeitern in Petroleumraffinerien und Paraffinfabriken zu beobachten.

Unter den neueren Arbeiten erwähne ich die Beobachtungen von O'DONOVAN über epitheliomatöse Ulzeration bei Teerarbeitern, ferner die von SEQUEIRA, LEYMANN, FISCHL u. a. über Teerkrebs. Ein Erlaß des preußischen Handelsministeriums befaßt sich mit den Hauterkrankungen der Steinkohlenbrikettarbeiter. Über Paraffinkrebs berichten EHRLICH, KÜNTZEL und DAVIS. Der letztere Verf. bespricht außerdem die Kohle- und Petroleumprodukte als Ursache von chronischer Reizung und Karzinom. O'DONOVAN berichtet über Karzinom der Haut bei Anthrazenarbeitern. Aber auch bei den im Destillierraum von Anilinfabriken beschäftigten Arbeitern treten durch Inhalation von Anilindämpfen nicht selten Karzinome auf, und zwar insbesondere Blasenkarzinome. HULDSCHINER, JORES, STRAUSS, OPPENHEIMER, NASSAUER u. a. berichten über Fälle von Blasentumoren, insbesondere Karzinome bei Arbeitern in Anilinfabriken. REHN beschreibt 23 Fälle von Blasentumoren, besonders Karzinomen bei Fuchsinarbeitern, und ebenso liegen von englischen Verff. Mitteilungen über durch Anilin erzeugte Blasenkarzinome vor.

FREI hatte Gelegenheit, einen Fall zu sehen, bei welchem durch Berufsschädigung mit Maschinenöl Akne, Follikulärzysten, Spinalzellenepitheliome auftraten. Auch die Hyperkeratosenbildung nach Arsen kann gelegentlich zur Karzinombildung führen. K. ULLMANN hat in einer Arbeit „Zur Klinik und Genese des Arsenkarzinoms" vier Fälle von ausgebreiteter Arsenikkeratosis mit Ausgang in Epitheliom beschrieben. Zu erwähnen wären ferner die Karzinome bei Röntgenologen und bei Röntgenarbeitern, die aus hartnäckiger Dermatitis hervorgehen.

Digitized by Google

Aber auch andere Reize, wie z. B. Verletzungen mit der Schusterahle, wie wir einer Beobachtung Stahrs entnehmen, können zur Karzinombildung führen. Der genannte Verf. untersuchte histologisch ein exzidiertes Stück (Probeexzision) und später die amputierte Endphalange des linken Daumens eines 17jährigen Schuhmacherlehrlings und fand ein tiefes Kankroid, das mit gewaltigen Krebszapfen auch den Knochen durchsetzte. Er schließt als Ursache das Schusterpech aus und ist der Ansicht, daß kleinste Verletzungen mit der Schusterahle für die Entwicklung des Karzinoms verantwortlich zu machen sind. Auch das Haferepitheliom der Ratte, das durch Verfütterung von Hafer bei Ratten auf der Zunge entsteht, gehört in dieselbe Kategorie.

E. Freund und G. Kaminer haben sich mit biologischen Fragen auf dem Gebiete der Krebsforschung beschäftigt, unter anderem über biologische Beeinflussung der Haut durch Karzinom begünstigende Agentien (wie Tabaksaft, Teer, Ruß).

Bekanntlich hat B. Fischer als erster durch die Injektion von Scharlachrotöl und von Sudan III unter die Haut des Kaninchenohrs eine deutliche „atypische" Epithelwucherung hervorgerufen. Zahlreiche Nachprüfungen und Modifikationen seiner Versuche, sowohl mit den von ihm verwendeten als auch mit völlig anders konstituierten Substanzen (Indol, Skatol, Pyridin usw.), wie auch Modifikation der Applikationsweise (subkutane Injektion in Öllösung, Aufstreuen von Pulvern, Aufpinseln usw.) führten nicht über atypische Epithelproliferationen mit Hornzystenbildung hinaus, meist verbunden mit starken entzündlichen Veränderungen im Bindegewebe (Jores, Stahr, Stoeber, Stoeber und Wacker, A. W. Meyer, Wessely, Wacker und Schmincke, Haxthausen, Leuenburger, Sachs und andere). In meinen klinischen und experimentellen Untersuchungen über die Einwirkung von Anilinfarbstoffen auf die menschliche und tierische Haut konnte ich ebenso wie die anderen Verff. eine vermehrte Epithelproliferation, welche durch das Vorkommen von Epithelinseln und Hornperlen als epitheliomähnlich anzusprechen waren, feststellen. Das wichtigste Argument, das gegen die Bezeichnung „atypische Epithelproliferation", wie wir sie beim Epitheliom antreffen, ganz abgesehen von dem Fehlen der Malignität anzuführen ist, besteht in dem Fehlen der Anaplasie der Zellen.

Erst als man dazu überging, wie Bloch und Dreifuss ausführen, an Stelle der oben genannten Stoffe Teer zu verwenden, gelangte man zu wirklichen Erfolgen, d. h. zur beliebigen experimentellen Erzeugung von chemisch ausgelösten Karzinomen. Yamagiva und Ischikawa erhielten durch Einpinseln von Steinkohlenteer am Kaninchenohr bei einer Versuchsdauer von nicht unter 150 Tagen Kankroide mit Metastasen in die zunächst gelegenen Lymphdrüsen. Tsutsui wiederholte diese Versuche mit Erfolg, ebenso Fibiger, Fibiger und Bang. Die Literatur über das artifizielle Teerkarzinom hat sich inzwischen, wie zu erwarten war, vermehrt. Yamagiva veröffentlichte eine Arbeit über die künstliche Erzeugung von Teerkarzinom und -sarkom. Bierich und Möller haben gleichfalls Teerversuche mit positivem Resultat erzielt. Bloch gelang es, durch Teerpinselungen an Kaninchen, Meerschweinchen und weißen Mäusen Karzinome zu erzeugen. Bloch und Dreifuss haben als erste Versuche mit bestimmten, im Teer enthaltenen Fraktionen und Bestandteilen ausgeführt, und zwar mit 370° siedenden, indifferenten Körpern und ihrer Destillate. Deelmann veröffentlichte eine experimentelle Studie über die Entstehung bösartiger Geschwülste (Krebse und Sarkom) durch Einwirkung von Teer. Lipschütz beschäftigte sich gleichfalls mit der Frage der experimentellen Erzeugung der Teerkarzinome und machte dabei wichtige Beobachtungen über Pigmentbildungen. Ebenso haben sich Blum, Teutschländer, Parodi, Leedorff, Roussey, Leroux und Peyre, H. Jordan, Konietzny, Murray mit der experimentellen Erzeugung von Teerkarzinomen durch Aufpinselung von Rohteer beschäftigt. Bierich kommt in einer experimentellen Studie „Zur Histogenese der Teerkarzinome" zu dem Schluß, daß sich die Wirkung der isolierten Teer- oder Arsenzufuhr zum Bindegewebe dadurch steigern läßt, daß man die Wirkung beider Faktoren kombiniert.

Zusammenfassend läßt sich heute sagen, daß es gelingt, durch Einpinseln von Steinkohlenteer oder bestimmten Fraktionen auf weiße oder graue Mäuse, Kaninchen Karzinome zu erzeugen, daß diese in den Lymphdrüsen und inneren Organen (Lunge) Metastasen setzen, und daß diese Kankroide transplantabel sind.

Digitized by Google

11. Prognose.

Die Stellung der Prognose bei gewerblichen Hauterkrankungen umfaßt ein so großes Gebiet, daß es ebenso wie das folgende Kapitel die Prophylaxe und Therapie nicht im Rahmen dieser Arbeit erschöpfend besprochen werden kann, sondern in das Gebiet der gewerblichen Hygiene und der sozialen Medizin gehört. Wenngleich eine große Anzahl von gewerblichen und beruflichen Hauterkrankungen als harmlose oder unbedeutende anzusehen sind, wie z. B. Verfärbungen der Fingernägel, Einsprengungen in die Haut, andere wiederum, wie manche Formen von Dermatitis, Akne, Verätzung oder parasitäre Erkrankungen, wie Erysipeloid, Trichophytien, Skabies usw. nur lokale Erkrankungen darstellen, welche das Allgemeinbefinden nicht oder nur in geringem Grade in Mitleidenschaft ziehen, so gilt dies nicht in demselben Maße für ausgedehnte Verbrennungen zweiten und dritten Grades, Erfrierungen, für Toxikodermien, für hartnäckige chronische Gewerbeekzeme, schließlich auch nicht für eine große Anzahl von beruflichen Infektionskrankheiten. Ich möchte nur an die Fälle von Hauttuberkulose oder beruflichen Syphilisinfektionen oder an die Karzinome der Erdöl-, Paraffin-, Teer-, Asphaltarbeiter oder an die Karzinome der in Anilin- oder Farbstoffabriken beschäftigten Arbeiter erinnern.

Jedenfalls ist bei Stellung der Prognose nicht allein auf das schädliche Agens oder auf die durch die Noxe hervorgerufene Schädigung Rücksicht zu nehmen, es kommt auch das konstitutionelle und das konditionelle Moment in Betracht. Ferner möchte ich daran erinnern, daß Toxikodermien, ausgebreitete Ekzeme usw. nicht nur, wie ich bereits erwähnte, das Allgemeinbefinden schwer beeinträchtigen, sondern daß gerade diese Erkrankungen oft einen geeigneten Boden für andere Allgemeinerkrankungen abgeben können. Der Allgemeinzustand wird sicherlich infolge der häufigen, oft jahrelang dauernden Erkrankungen, auch wenn sie anfangs nur lokale darstellen, derart geschwächt, daß ein solcher Organismus viel leichter an Tuberkulose erkrankt als ein Individuum, welches solchen Schädlichkeiten nicht ausgesetzt ist. Es ist weiter zweifellos, daß durch eine große Anzahl von beruflichen und gewerblichen Hautkrankheiten die Morbidität und Mortalität zunimmt. Daraus folgt, daß wir für eine bestimmte Gruppe von gewerblichen Dermatosen die Prognose mit Vorsicht zu stellen haben, ganz abgesehen davon, daß es für viele Arbeiter schon eine schwere materielle Schädigung, ja manchmal Existenzverlust bedeutet, wenn sie berufsunfähig werden.

12. Prophylaxe und Therapie.

Die Prophylaxe und Therapie gehören beide zu den wichtigsten Aufgaben und Zielen der sozialen Medizin. TELEKY äußert sich über diese Fragen folgendermaßen: „Unser Ziel muß vielmehr sein, auf Grund der gewonnenen Erkenntnis zur Abstellung der ermittelten Übelstände, zur Hebung des Gesundheitszustandes beizutragen." . . .

„Auch beim Studium des Einflusses, den die Berufstätigkeit auf die Gesundheit ausübt, ist es mit der Konstatierung der Erkrankungshäufigkeit, mit der Konstatierung des Auftretens bestimmter Erkrankungen nicht getan. Wir müssen zu ermitteln suchen, warum die Erkrankungshäufigkeit in einem bestimmten Berufe besonders groß ist, wodurch sie, sowie wodurch das Auftreten bestimmter Erkrankungen veranlaßt wird, und wenn wir so die Ursachen erkannt, müssen wir angeben, wie Abhilfe geschaffen werden kann. Dazu ist es notwendig, genaue Kenntnisse der beruflichen Verhältnisse, Kenntnisse auf dem Gebiete der Gewerbehygiene, Kenntnis der Arbeiterschutzgesetzgebung der verschiedenen Länder . . ."

„. . . Es ist Aufgabe der sozialen Medizin, die Einwirkung gegebener sozialer und beruflicher Verhältnisse auf die Gesundheitsverhältnisse festzustellen und anzugeben, wie durch Maßnahmen sanitärer oder sozialer Natur derartige schädigende Einwirkungen verhindert oder ihre Folgen nach Möglichkeit behoben oder gemildert werden können." . . .

Als wichtiges Moment für die Prophylaxe der Gewerbekrankheiten ist zunächst die Auswahl des Berufes anzusehen. Anämische Individuen mit einer zarten Epidermis, wie wir sie häufig bei blonden Personen sehen, sind für Beschäftigung mit scharfen, ätzenden Substanzen ungeeignet, ebenso für anhaltende Arbeit bei Hitze, Nässe (Maurerhandwerk). Besteht bei Leuten gegen eine bestimmte Sub-

Digitized by Google

stanz eine Idiosynkrasie, so sind diese zu einem Berufe, wo diese Substanz vorkommt, untauglich. Allerdings erfahren dies erst diese Leute, wenn sie in dem Berufe tätig sind. Bestehen schon seit Jugend Hauterkrankungen, wie z. B. Prurigo oder Ichthyosis oder Neigung zu Ekzemen oder inneren Erkrankungen, so ist dem Betreffenden von dem Ergreifen eines bestimmten Berufes abzuraten (Oppenheim).

Zum Schutze gegen reizende Substanzen wären Gummihandschuhe oder Einfetten der Vorderarme und Hände mit Öl, reiner Vaseline zu empfehlen. Sorgfältiges Abtrocknen der Hände darf nicht außer acht gelassen werden, zur Reinigung sind stets milde Lösungsmittel, warmes Wasser, Seifen usw. zu gebrauchen. Jedenfalls ist für bestimmte Berufsarten, z. B. in Anilin- und Farbstoffabriken, eine geeignete allgemeine Hautpflege, wie z. B. Bäder, unbedingt notwendig, ebenso sind allgemeine hygienische Maßnahmen (Ventilationsvorrichtungen, Verminderung der Staub- und Rauchplage usw.) von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Für die Behandlung der einzelnen Schädigungen sind die zur Behandlung der Dermatosen gültigen Richtlinien maßgebend.

Nur durch ein Zusammenarbeiten aller beteiligten Faktoren, wie Ärzte, Krankenkassen, Gewerbeinspektoren, Industrielle und Techniker, Chemiker kann für die Prophylaxe Ersprießliches geleistet werden. Eine von mir und Oppenheim im Jahre 1913 in der Wiener dermatologischen Gesellschaft gegebene Anregung zur Abhaltung einer Enquete „Für prophylaktische Maßnahmen zur Vermeidung von gewerblichen Hauterkrankungen" ist durch den Krieg leider vereitelt worden.

Die Zahl der Arbeiten, welche sich mit prophylaktischen Maßnahmen beschäftigen, ist eine außerordentlich große; neben österreichischen und deutschen verdanken wir zahlreichen ausländischen Verff. wichtige Anregungen und Ratschläge auf diesem Wissensgebiete. Die Gewerbehygieniker müssen darauf bedacht sein, den „Schädlichkeitskoeffizienten" auf ein Minimum herunterzudrücken und sämtlichen beruflichen und gewerblichen Schädigungen in erhöhtem Maße ihre Aufmerksamkeit zuwenden und nach genauen Erhebungen über die beste Art des Schutzes der Eigentümlichkeit jeder Verrichtung genau angepaßte Schutzmaßregeln anordnen. In den durch gewerbliche Berufsarbeit Erkrankten sollen wir nicht allein das Studienobjekt erblicken, sondern müssen uns bemühen, ihnen auch alle Rechte des auf menschenwürdige Behandlung Anspruch habenden Subjektes zukommen zu lassen.

Salvarsanunterdosierung.

Von

Dr. Herbert Mühlpfordt in Allenstein.

Als Ehrlich sein Salvarsan der Öffentlichkeit übergab, empfahl er die Dosierung, die sich im Tierversuch als die beste herausgestellt hatte: eine einmalige hohe Dosis, um die Therapia magna sterilisans zu erzielen. So war in der ersten Zeit eine Dosis von 1,2 g Salvarsan (d. h. Altsalvarsan!) durchaus nichts Ungewöhnliches.

Leider zeigte sich einerseits bald, daß die Syphilis des Menschen doch eine viel zu schwere Krankheit ist, als daß man sie in der Mehrzahl der Fälle mit einer einzigen Spritze auszurotten vermocht hätte, und daß die Therapia magna sterilisans, dies Idealziel, sich beim Menschen nicht erreichen ließ. Andererseits wurden bald Nebenerscheinungen beobachtet, die das neue Mittel hervorrief.

Ehrlich selbst hatte davor gewarnt, sein Mittel bei Graviden, Herzkranken, Nephritikern usw. zu geben — mit Recht, denn wenn in der Zeit der ersten Salvarsanbegeisterung auch bei solchen Erkrankungen Salvarsan gegeben wurde, so pflegten Zufälle einzutreten, wie vasomoto-

Digitized by Google

rische Störungen, Erbrechen, Fieber, Dermatitis oder auch die bald sehr gefürchtete Enzephalitis haemorrhagica, die man heute auch als Purpura cerebri bezeichnet. Derartige Zufälle mehrten sich mit steigender Verwendung des Mittels auch bei Syphilitikern, die die genannten Krankheiten nicht hatten; deshalb ging man allmählich immer mehr dazu über, statt der einen Injektion mehrere zu geben, da sonst die hohe Dosis, die doch zur Heilung zunächst unerläßlich schien, nicht erreicht wurde. Wenn man die Jahrgänge 1910—1912 der medizinischen Zeitschriften durchblättert, so findet man Berichte über eine große Zahl Unglücksfälle, ja Todesfälle an Salvarsan, da jeder Fall als wissenschaftliches Novum mit Recht auch wissenschaftlich verwertet wurde. Wie viele zehntausende von Injektionen jedoch schon damals ohne die geringste Störung verliefen, das zu bedenken, vergißt man leicht beim Lesen dieser Veröffentlichungen.

Daß die sensationslüsterne Tagespresse, die eben noch das Ehrlich-Hata 606 bis in den Himmel erhoben hatte, sich schon damals dieser Veröffentlichungen bemächtigte, trug auch dazu bei, daß selbst Wissenschaftler von Ruf das Salvarsan als ein recht bedenkliches Mittel ansprachen. Man wurde ihm gegenüber immer ängstlicher. Infolgedessen trat man für die kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung ein; um die Salvarsandosen verkleinern zu können, setzte man immer mehr und mehr die einzelnen Dosen herab, obwohl früher die hohen Dosen zum großen Teil auch sehr gut vertragen worden waren, und suchte durch Vermehrung der Spritzenzahl die immer mehr verkleinerte Dosis aufzuwiegen.

Man war damals allgemein der Ansicht, daß die wirksame Komponente des Salvarsans das dreiwertige As sei, bezeichnete die Salvarsanwirkung als Arsenwirkung und ging sogar so weit, besonders seitdem das handliche Neosalvarsan in den Handel gekommen war, Haut- und andere Krankheiten, die erfahrungsgemäß durch As-Gebrauch heilten (Lichen ruber, Psoriasis usw.), mit Salvarsan zu behandeln. So war es schließlich nicht sehr weit abliegend, daß der Pharmakologe Lewin (1) 1916 auf den Gedanken kam, die Giftigkeit des Salvarsans umzurechnen auf Acid. arsenicos. und eine entsprechende Maximaldosis für das Salvarsan zu finden, deren Festsetzung in der Pharmakopoë er propagierte. Die dabei entstehenden Liliputdosen — das Höchstzulässige war wie beim Acid. arsenicos. 0,03 g Altsalvarsan bzw. 0,04 g Neosalvarsan — wirkten nicht im geringsten heilend; die Spir. pall. blieben völlig unbeeinflußt und die WR unverrückt ++++, wie Brock (2) aus der Klingmüllerschen Klinik in einer sehr exakten Arbeit nachweisen konnte. Damit war wieder einmal die graue Theorie durch die Praxis ad absurdum geführt. Schon früher hat Heffter (3) sich gegen Lewin ausgesprochen, da im Salvarsan die As-Wirkung durch die organische Bindung mindestens siebenmal abgeschwächt sei. Meiner Ansicht nach wurde durch beide Arbeiten aber auch bewiesen, daß die Wirkung des Salvarsans eben keine Arsenwirkung ist, sondern als Komplexwirkung anzusprechen ist, deren Einzelteile unmöglich voneinander getrennt werden können. Übrigens haben Amerikaner (4) Untersuchungen über die Dosis tolerata des Alt- und Neosalvarsans bei Ratten angestellt und auf einen 50 kg schweren

Digitized by Google

Menschen umgerechnet. Für ihn wäre die Dosis tolerata beim Altsalvarsan 7,35 g, d. h. 12mal 0,6, beim Neosalvarsan 17,5 g (!), d. h. 19mal 0,9! Ob diese Berechnung stimmt, weiß ich nicht; jedenfalls zeigt sie, gegenüber Lewin, daß man theoretisch auch das Gegenteil beweisen kann.

Wenn man heute sich bei den Syphilodologen umsieht, so gibt es wohl keinen, der genau so dosiert wie der andere; allgemein ist man von den ganz großen Dosen abgekommen, aber von den mittleren (bis 0,9 Neosalvarsan) bis zu den kleinsten Dosen wird im buntesten Wechsel dosiert. Aber im allgemeinen neigt die Ansicht immer mehr dazu, die kleinen und kleinsten Dosen zu bevorzugen, indem man mit einem „so differenten Mittel, wie es das Salvarsan ist, sich vorsichtig in den kranken Organismus einschleichen müsse". So gibt z. B. Pinkus (5) stets zuerst zweimal Dosis I Neosalv., dann zweimal Dosis II und dann Dosis III, die er nicht überschreitet. An der Hautklinik der Charité wird dreimal Dosis I Neosalv., dann dreimal Dosis II und dann viermal Dosis III bei Männern gegeben, und bei Frauen die Dosis II überhaupt nicht überschritten. Auch die Reichsregierung hat eingreifen zu müssen geglaubt und empfiehlt in Merkblättern (6) kleine Dosen.

Was sagte nun Ehrlich (7) über die kleinen Dosen? Er wies darauf hin, daß subtherapeutische Dosen, die nicht zur Abtötung der Spirochäten führen, sehr leicht den „Konträraffekt" auslösen; sie wirken reizend und auf die Spirochäten vermehrend. Dies konnte Kolle (7) durch Versuche bei Kaninchen exakt bestätigen. Er sagt: „Daraus ergibt sich die Schlußfolgerung, daß man zur Heilung der Syphilis des Menschen nicht nur zu große Dosen wegen Gefahren und Nebenwirkungen, sondern auch zu kleine Gaben der Arsenobenzole vermeiden muß, mit denen man nicht Summation der Wirkungen, sondern nur ‚Konträraffekte' erzielt."

Hieraus geht hervor, daß das Salvarsan durchaus nicht immer abtötend wirkt, und in einer Zeit, wo das Arndt-Schulzsche Gesetz im Mittelpunkt der Diskussion steht, das da — schematisierend ausgedrückt — lautet: kleine Dosen fördern das Wachstum, mittlere hemmen, große töten ab, liegt es doch sehr nahe, dieses Gesetz auch auf das Salvarsan anzuwenden. Scheinbar ohne dieses Gesetz zu kennen, hat W. Frei (8) 1920 folgende drei Wirkungen des Salvarsans aufgestellt, zu denen er durch experimentelle Beobachtung des Verhaltens der Spirochäten nach verschieden großen Neo- und Silbersalvarsandosen gelangte: 1. durch zu geringe Dosen Vermehrung der Spiroch. pall. ohne Abtötung (Konträraffekt Ehrlichs), 2. durch größere Dosen allmähliche Verringerung der Spirochäten bis zum Verschwinden, 3. durch große Dosen zunächst Vermehrung, dann rasche Verringerung und schnelles Verschwinden der Spirochäten. Frei ist der Ansicht, daß das Salvarsan alle drei Stadien je nach Dosenhöhe erzeugt. Als Beispiel zu 1. führt er einen Fall an, der in vorsichtigen Dosen 2,6 g Neosalvarsan erhielt und bei dem er nach acht (!) Injektionen noch Spirochäten nachweisen konnte.

Noch einen Schritt weiter ging Fantl (9). Er fand bei Paralleluntersuchungen der Spirochäten unbehandelter und vorbehandelter Syphilitiker, daß die letzteren resistenter waren als die ersten (20 Stunden zu 14 Stunden). Die Spirochäten können danach also salvarsanfest werden.

Digitized by Google

Also nicht nur, daß zu wenig Salvarsan sie nicht abtötet, wie u. a. schon der Amerikaner HOLLAND (10) 1911 nachwies, sondern sie sogar kräftigt! Und was hatte EHRLICH vorgeschwebt? Das gerade Gegenteil: die Abtötung der Spirochäten mit einem Schlage! Was geschieht, wenn das nicht glückt? Die Spirochäten werden salvarsanfest, salvarsanresistent, gewöhnen sich an das Salvarsan, und jede neue Dosis hat es schwerer, die Spirochäten abzutöten!

Das wäre indessen noch nicht das Schlimmste. Es liegt aber in der Natur der Sache, daß man von da, wo man immer belästigt wird, fortstrebt und sich in Gegenden zurückzieht, wo diese Belästigungen nicht hinkommen können. So machen es auch die Pallidae. Die dauernden Salvarsanattacken sind den Spirochäten unangenehm; sie ziehen sich tiefer in den Körper zurück, zunächst in die Gefäße und inneren Organe, dann endlich, auch dort verfolgt und belästigt, in die peripheren Nerven, ferner in die Meningen und letzten Endes ins Gehirn und Rückenmark.

Daß dies so ist, beleuchtet grell die von KRÖMEKE (11) mitgeteilte Krankengeschichte:

Infektion Mitte März 1921, Primäraffekt, WR —. Vom 21. IV. bis 1. VI. 3,3 g Neosalvarsan und 1,1 g Hg-sal. Ende Juni Kopfschmerzen. 12. VII. Nackenstarre, Kernig und Patellarreflex gesteigert. Lumbalpunktat WR ++++. 19. VII. bis 31. VIII.: 1,35 g Silversalv. und 40 g Dijodyl. Wohlbefinden. 16. IX. starke Kopfschmerzen. 19. IX. Kernig + und Nackenstarre, Opisthotonus, Somnolenz, Stauungspapille, Anisokorie, Abduzensparese. Lumbalpunktat WR ++++, Nonne I opal. Auf 0,05 Silbersalv. erhebliche Steigerung der Beschwerden: heftigste Kopfschmerzen, stärkere Nackenstarre. (Erfolg der „einschleichenden" Behandlung! Verf.) Weiter einschleichende Dosen bis 0,3 Silbersalv. Offenbar reichliche Gesamtdosis, dazu am 12. X. 0,5 Kalomel. — Heilung.

K. zieht hieraus den Schluß, daß man mit den sogenannten seronegativen Lues I-Abortivkuren betreffs der Heilungsaussicht vorsichtig sein muß. Ich ziehe einen ganz anderen Schluß: daß, wie oben ausgeführt, eine Unterdosierung die Spirochäten veranlaßt, sich in die Nerven und Meningen zurückzuziehen! Am gefährlichsten sind, wie ich noch nachher ausführen werde, die Liliputdosen bei der Abortivkur!

In meiner Meinung, daß durch zu kleine Dosen die Spirochäten nur gereizt werden, stehe ich nicht allein. Dasselbe sagt WEIGELDT (12), und WERTHER (13) betont, daß zu wenig Salvarsan schädlicher sei als gar keines. Im Frühstadium werde allgemein nicht genug Salvarsan gegeben. An den Änderungen des Syphilisverlaufs und der Häufung der Zentralnervensystemserkrankungen sei nicht selten die falsche Salvarsananwendung schuld. Auf dem gleichen Standpunkt steht auch SCHUMACHER (14), der auf Grund seiner histochemischen Forschungen bei der Salvarsanbehandlung hohe Anfangsdosen verlangt, wie er sagt: „starke Schläge und keine Nadelstiche". GENNERICH (15), der doch gewiß eine ungeheuere Erfahrung auf diesem Gebiete hat, spricht es aus: daß, wenn eine Sterilisierung des Körpers nicht gelingt, die Meningen mit unfehlbarer Sicherheit befallen werden. ZIELER (16) sagt in seinem Büchlein S. 157: „Eine ungenügende Salvarsanbehandlung, auch neben Hg, wirkt sehr ungünstig; dadurch

Digitized by Google

können frühe und schwere Rückfälle verursacht werden, insbesondere schwerwiegende Erkrankungen des Nervensystems." Ebenso fand Scholtz (17), der die „einschleichenden Kuren" glatt ablehnt, bei Verkleinerung sowohl der Salvarsangesamt- als auch Einzeldosis bedeutende Verschlechterung des Heilerfolges.

Betrachten wir nun einmal das gleiche Problem von einer ganz anderen Seite, nämlich historisch:

Bekanntlich machte die Syphilis zuerst nach der Einschleppung durch die Matrosen des Kolumbus nach Europa stürmische Erscheinungen, wie wir sie heute kaum in der Lues maligna sehen; ferner zeigt die Syphilis bei den Bosniern, bei denen sie nach einer Mitteilung Glücks (18) erst im Anfang des 18. Jahrhunderts durch die Franzosen eingeschleppt wurde, dort noch heute besonders häufige und frühe Tertiärerscheinungen.

Man hat nun gesagt, die Ursache dieser heftigen Erscheinungen in Europa um die 15. Jahrhundertwende bzw. in Bosnien liegt darin, daß die Krankheit ein Volk trifft, das noch keine Immunstoffe gegen die Lues gebildet hat. Das mag zum Teil gewiß richtig sein; aber man übersieht, daß damals der Syphilis, zu einer Zeit, wo die Alchymie noch immer in hohen Ehren stand, auch sehr bald das erste Syphilisheilmittel folgte: der bei den Alchymisten von jeher so beliebte Merkur! Die bald kräftig einsetzende Hg-Therapie tötete den weniger resistenten Teil der Spirochätenstämme ab; der resistentere Teil wurde von der Haut und Schleimhaut vertrieben, zog sich tiefer in den Körper zurück (Gefäße und Organe) und brach als häufige tertiäre Form wieder hervor. Je länger — bei einem Volk, ebenso wie beim einzelnen — die vorhandenen Spirochätenstämme behandelt wurden — natürlich mit dem mehr oder weniger bewußten Ziel, sie auszurotten, was indessen nur selten gelang — desto seltener wurden die Spirochäten und zogen sich in Ecken und Winkel des Körpers zurück, wo sie nicht so leicht erreicht wurden.

Ärzte neigen dazu, eine Krankheit zu beurteilen, hauptsächlich nach dem, was sie sehen, und waren daher überzeugt, daß durch die lange Hg-Behandlung die Syphilis milder geworden sei; in Wirklichkeit ist sie — sofern sie nicht ausheilte — nur tiefer in den Körper hineingepeitscht worden. So kam es, daß die maligne Lues, d. i. die maligne Hautlues, immer mehr verschwand und dafür die tertiäre Lues weiter um sich griff. Dieses Bild bieten uns noch heute die Bosnier.

Der letzte, entfernteste Schlupfwinkel der Spirochäten aber ist das Nervengewebe. Daß dieses von den in ihrer Bewegungsfreiheit eingeengten Spirochäten mit Vorliebe aufgesucht wird, hat schon der alte Fournier (18) bei der Diskussion der Lues-Paralysefrage betont. Er sagte, daß die ohne stärkere Erscheinungen (d. h. Hauterscheinungen) verlaufenden Fälle mehr zur Paralyse disponieren. Mag es immerhin unbehandelte Syphilitiker geben, deren Spirochäten von selbst die Schlupfwinkel der Nervensubstanz bevorzugen — was hier Ausnahme ist, das wird durch die Hg-Behandlung zur Regel! Und so erklärt sich auch die allmähliche, wenn auch sehr langsame Zunahme der Paralyse während der Quecksilberära, an die auch Kraepelin (18) glaubt!

Dieses Bild sehen wir bei den Völkern Europas, die 200 Jahre früher mit der Syphilis Bekanntschaft machten als die Bosnier und ihres

Digitized by Google

hohen Kulturstandes wegen sich auch mehr mit Hg behandeln ließen. So standen die Dinge vor EHRLICHS bedeutsamer Erfindung.

Das Salvarsan kommt; die Therapia magna sterilisans mißlingt. Aber das Salvarsan ist den Spirochäten viel gefährlicher als das Hg! Es tötet auch die resistenteren Spirochätenstämme. Aber allmählich gewöhnen sich die Spirochäten an das Salvarsan bzw. noch resistentere Stämme; salvarsanfeste Stämme bleiben übrig. Aber sie suchen dem ihnen so gefährlichen Gift zu entgehen und nehmen ihre Zuflucht in die auch dem Salvarsan wenig erreichbare Nervensubstanz: in die peripheren Nerven und Meningen und in das Zentralnervensystem. Für die erste Möglichkeit ist das klassische Beispiel das Neurorezidiv und die Meningitis, für die zweite die Paralyse.

Und die logische Konsequenz für die Salvarsantherapie? Entweder, wir geben so viel und so kräftig Salvarsan, daß alle Spirochäten, auch die in den Schlupfwinkeln, erreicht und abgetötet werden, oder wir geben weniger, d. h. zu wenig Salvarsan, erreichen nur ein völliges Verschwinden der Spirochäten aus der Haut und Schleimhaut, vielleicht auch aus den inneren Organen, und erzielen den Übergang der überlebenden Spirochäten in die nervösen Gewebe, d. h. wir züchten letzten Endes Paralysen. Schon jetzt soll seit der Salvarsanära die Paralyse im Zunehmen begriffen sein.

So sagt z. B. ZIELER (l. c., S. 157): „Eine mangelhafte Salvarsan-Quecksilberbehandlung wirkt auf den Verlauf der Syphilis auch insofern viel ungünstiger ein, als eine zur Heilung nicht ausreichende Quecksilberbehandlung, weil dabei Tabes und Paralyse sich anscheinend häufiger, jedenfalls früher als sonst entwickeln. Gewiß muß eine Überdosierung vermieden werden; gefährlicher aber ist die Unterdosierung, besonders beim Salvarsan. SILBERSTEIN (19) berichtete aus der SCHOLTZschen Klinik, daß bei ungenügenden Kuren (d. h. abgebrochenen Kuren, denn SCHOLTZ gibt bekanntlich hohe Salvarsandosen) Tabes und Paralyse zunehmen.

Darum fort mit dem ewigen Unterdosieren! Kräftige Dosen Salvarsan oder gar keine! Dort, wo heute unterdosiert wird, wird in etwa 8—10 Jahren eine Paralysezunahme in geradezu fürchterlichem Umfange entstehen! Die Kliniken, die aus übertriebener Ängstlichkeit nur kleine Dosen geben, züchten Paralyse!

Ich höre den Einwurf von vielen Seiten: die hohen Dosen schädigen! Die Encephalitis haemorrhagica, der Salvarsanikterus, die akute gelbe Lebertherapie, das Fieber, die Salvarsandermatitis, die Salvarsantodesfälle.

Zur Enzephalitis zitiere ich WECHSELMANN (20), der die meisten Fälle von Purpura cerebri bei Leuten fand, die kleine Dosen erhalten hatten. Doch gebe ich zu, daß diese Frage nicht leicht zu entscheiden ist.

Zum Salvarsanikterus: Ich glaube, daß die weitaus meisten Fälle von sogenanntem Salvarsanikterus luetischer Ikterus gewesen sind. Muß einem nicht dieser Gedanke kommen, wenn man liest, daß HÖSCH (21) auf der Sitzung des ärztlichen Vereins Nürnberg am 1. Juni 1922 sagte: „Bei abklingendem Früh- und Spätsalvarsanikterus wird Salvarsan gut vertragen." Klinisch jedenfalls ist, trotzdem viel daran gearbeitet wird, ein Salvarsanfrühikterus durch nichts vom luetischen Ikterus zu unter-

Digitized by Google

scheiden und ein Salvarsanspätikterus erst recht nicht. Dieser Ansicht sind auch Fuhs und Weltmann (22). Ist es ferner nicht auffallend, daß Arndt aus der Charité, an der die oben erwähnten Liliputdosen gegeben wurden, ungefähr zur selben Zeit 280 Fälle von Salvarsanikterus in der Berl. med. Ges. zur Diskussion stellte (23), als Linser in einem Vortrag (24) über „Ikterus und Salvarsan" bei weitem die Mehrzahl aller Fälle von Bilirubinämie bei Lues als luetischen Ursprungs ansprach, demnach antiluetische Behandlung forderte, die auch ein Absinken des Bilirubingehalts zur Folge hatte, und sein Referat schloß: „Die Rolle des Salvarsans ist, wenigstens nach unserem Material, in der Ätiologie des Ikterus eine bescheidene, trotzdem wir relativ sehr hohe Gesamtgaben von Salvarsan in relativ kurzer Zeit durchschnittlich gaben: 5—7 g Neosalvarsan in 3—4 Wochen."

Ich sage: Nicht trotz, sondern gerade weil Linser hohe Dosen gab, hatte er nicht die hohe Zahl der Ikteri, wie sie Arndt erleben mußte; denn Linser tötete die Spirochäten ab, Arndt peitschte sie nur in die Leber hinein!

Zur akuten gelben Leberatrophie: Herxheimer und Gerlach (25) haben, angeregt durch die scheinbar gehäuften Beobachtungen von Ikterus und akuter gelber Leberatrophie im Verlauf von Salvarsanbehandlungen, 41 Fälle von akuter gelber Leberatrophie nach Salvarsan zusammengestellt. Die Autoren betonen zunächst, daß die vorgefundenen Fälle „nicht alle sehr kritisch" waren und finden, daß bei ihnen ein sicherer Kausalzusammenhang nicht erwiesen worden ist. Denn bekanntlich gäbe es auch eine akute gelbe Leberatrophie nach Lues ohne Salvarsanbehandlung. Solche Fälle unterscheiden sich durch nichts von der akuten gelben Leberatrophie nach Salvarsan. Verff. weisen darauf hin, daß man in der Mitte des vorigen Jahrhunderts dem Hg dasselbe vorwarf! Zieler sagt (l. c., S. 151): „Die akute gelbe Leberatrophie ist keine Folge der Salvarsananwendung, sondern der Syphilis. Sie entsteht meist bei ungenügender Salvarsananwendung."

Ich glaube, daß die akute gelbe Leberatrophie als eine maligne Leberlues aufgefaßt werden kann, die u. a. auch durch ungenügende Salvarsandosierung provoziert werden kann.

Zum Fieber: Daß das Fieber nach Salvarsaninjektionen in den meisten Fällen ein Alarmsignal schlechter Verträglichkeit sein kann, ist nicht zu bestreiten; doch weisen Isaak-Krüger und Löwenberg (26) darauf hin, daß man nicht schematisch jedes Fieber als Reaktion aufs Salvarsan ansehen soll, sondern stets an Malaria denken muß. Sie berichten über 15 solcher Fälle. Ähnliches sagte Friedemann (27) in der Berl. med. Ges. schon früher.

Zur Salvarsandermatitis: Hier handelt es sich — analog den Hg-Erythemen — um eine sichere Salvarsanschädigung, die sich wegen ihres langsamen Entstehens leicht vermeiden läßt und dem achtsamen Arzt unmöglich entgehen kann und darf. Wie weit die Dermatitis indessen durch zu kleine kumulierende Dosen begünstigt wird, ist meines Wissens noch nicht untersucht worden.

Zu den Salvarsanschäden im allgemeinen sei noch darauf hingewiesen, daß von vielen Forschern auch die Nahrungs-, Witterungs- und

Digitized by Google

ähnliche Verhältnisse mit angeschuldigt werden; z. B. schieben JAKOBSOHN und SKLARZ (28) die Schuld auf die kaliumreiche vegetabilische Nahrung langer Kriegs- und Nachkriegsjahre. Ferner denke man an den epidemischen Ikterus und an das vielfach verfälschte Salvarsan, das ja bei den Schiebern ein beliebter Artikel ist. Dies alles sei nur kurz erwähnt, um auf andere Ursachen der sogenannten Salvarsanschäden aufmerksam zu machen, als es das richtig, d. h. nicht unterdosierte Salvarsan ist!

Zu den Salvarsantodesfällen vergleiche man den Bericht MEIROWSKIS (29) über die Tätigkeit der Salvarsankommission in Köln. Dabei kamen 12 sichere Salvarsantodesfälle vor, und zwar auf durchschnittlich 56445 Injektionen 1 Todesfall.

1	Todesfall	kam	auf	30000 Altsalv.-Injektionen,
1	„	„	„	162800 Neosalv.-Injektionen,
1	„	„	„	20000 Salv.-Natr.-Injektionen,
1	Ikterus	„	„	50000 Injektionen überhaupt,
1	„	„	„	62000 Altsalv.-Injektionen,
1	„	„	„	66000 Neosalv.-Injektionen,
1	„	„	„	2000 Salv.-Natr.-Injektionen.

Unter 0,6 Neosalv. war die Gefahrenchance 1 : 162800,
über 0,6 (!) „ „ „ „ 1 : 3000.

Die letztere Zahl entspricht also der Gefahrenchance der Chloroformnarkose, die 2—3000 beträgt (30).

Und letzten Endes: wenn auch auf 3000 Spritzen ein Todesfall käme — wäre es nicht besser, den in Kauf zu nehmen, als viele Paralysen zu provozieren? Genau so, wie man den Todesfall in der Narkose in Kauf nehmen muß und es deshalb doch niemandem einfällt, auf die Wohltat der Narkose zu verzichten. Ein Arzt muß eben den Mut aufbringen, die Konsequenzen seiner Behandlung zu ziehen — oder auf das Mittel zu verzichten.

Was die Therapie anlangt, so behandelt man die Lues II und III wohl allgemein mit Hg kombiniert. Die Dosierung dürfte wohl das richtige treffen, wenn man sich v. ZUMBUSCH (31) anschließt, der als mittlere Dosis für Männer 0,6, für Frauen 0,45 und im ganzen 4,5—6 g Neosalvarsan gibt. Er berechnet die Zwischenräume so, daß auf den Tag 0,1 g trifft.

Ich glaube, bei der Lues II muß man individualisieren; doch zwei Punkte erscheinen mir unter allen Umständen beachtenswert: 1. niemals die zweite Injektionsdosis höher zu wählen als die erste, um eine heftige, durch die Toxine der vernichteten Spirochäten hervorgerufene Reaktion des Körpers zu vermeiden und 2. die Zahl der Spritzen nicht zu hoch zu wählen, sondern lieber die Dosis zu erhöhen. Dies, weil einmal der mit zwei Giften überladene Körper mit der Zeit immer schwächer wird, und dann, weil nachgewiesen wurde, daß viele kleine Salvarsandosen stärker As-kumulierend auf die Leber, diesen Locus minoris resistentiae, wirken als wenige hochdosierte Spritzen.

Daß die Resultate, gemessen an der WR, besser werden bei höheren Einzeldosen, geht aus der schönen, übersichtliche Tabellen enthaltenden

Digitized by Google

Arbeit Hübners (32) hervor. Er gab durchschnittlich, wie v. Zumbusch, 0,6 bzw. 0,45 Neosalvarsan mit fünftägigem Zwischenraum.

Wenn aber während oder nach einer Kur mit den oben charakterisierten kleinen Dosen der Charité Rezidive auftreten, so dürfte es nicht objektiv sein, solche Fälle, wie Heyn (33) es tut, als salvarsanresistent anzusprechen.

Ganz anders muß meiner Meinung nach die Behandlung der Lues I sein. (Eine Lues I ist meines Erachtens immer seronegativ; ist die WR, das Merkmal der Durchseuchung des Organismus, erst positiv, so ist es eben keine Lues I mehr, sondern eine noch erscheinungsfreie Lues II.) Der Unterschied von Lues I und II muß viel strikter durchgeführt werden, denn quoad therapiam ist hier meines Erachtens ein gewaltiger Unterschied zu machen.

Das Salvarsan ist für die Lues I das souveräne Mittel. Dafür spricht, daß meiner Beobachtung nach der Primäraffekt (der nicht älter als zwölf Tage sein darf) genau so schnell, ohne wie mit gleichzeitiger Hg-Zugabe verschwindet, während er im Anfangsstadium der Lues II — noch keine Erscheinungen, aber seropositiv, P. A. älter als zwölf Tage — auf Salvarsan nicht so rasch abheilt, wie wenn man gleichzeitig Hg dazu gibt.

Bei der Abortivkur, die ausschließlich bei Lues I (also seronegativ!) in Anwendung kommen darf, gebe ich kein Hg, denn es würde den bis auf die lokale bzw. regionäre Erkrankung noch gesunden, nichtdurchseuchten Körper nur schwächen, ohne zu nützen. Es fortzulassen, ist ebenso wichtig, wie gleichzeitig roborierende Kost zu geben. Ich verwende nur lokal für Primäraffekt und Drüsen Kalomelbrei bzw. graue Salbe. Da die Spirochäten bei der Lues I noch nicht generalisiert sind, so ist kein Spirochätenfieber zu befürchten; man kann daher ruhig mit hohen Salvarsandosen anfangen. Man soll mit hohen Dosen anfangen, damit die Spirochäten, ehe sie sich an das Salvarsan gewöhnen, möglichst mit einem Schlage abgetötet werden, was die zweite und vielleicht auch noch die dritte Spritze vollenden helfen, während die weiteren 3—4 Spritzen nur Sicherheitsspritzen für etwa durchgeschlüpfte Spirochäten darstellen, wie auch die vier Wochen später vorzunehmende kürzere Salvarsansicherheitskur. Damit nähere ich mich wieder dem, was Ehrlich wollte.

Ich gebe also Neosalvarsan zweimal 0,75 + 4mal 0,6. Vier Wochen später 4—5mal 0,6.

Dagegen ist die „einschleichende" Behandlung bei der Abortivkur besonders gefährlich und verwerflich, weil sie nur die Spirochäten an das Salvarsan gewöhnt. Wenn man vorsichtig sein will, so soll man eine größere Verdünnung (10 ccm-Spritze) wählen und langsam injizieren, nicht so schnell und ruckweise, wie es wenig geschickte Ärzte tun, die oft sind, endlich mit der Nadel in der Vene zu sein. Ferner soll man meiner Erfahrung nach — im Gegensatz zu Engwer und Josephsohn (34) — Salvarsan nicht auf nüchternen Magen geben. Endlich soll man stets auf guten Stuhlgang achten, denn der größte Teil der arsenhaltigen Salvarsanabbauprodukte wird bekanntlich durch den Stuhl ausgeschieden.

Mit meiner Ansicht über die Abortivkur stehe ich nicht allein. Beta Oelze-Rheinboldt (35) gibt zuerst bei Frauen 0,6 Neosalvarsan.

Digitized by Google

Brocq-Paris (36) rät ebenfalls bei Frühlues zu kräftigen Dosen von Salvarsan ohne Hg, weil er es für sehr wahrscheinlich hält, daß „diese intravenösen Injektionen den Organismus zu sterilisieren befähigt sind, ohne die Zellen der inneren Organe zu schädigen." Dunot-Brüssel (37) ist überzeugt, daß in allen Fällen, in denen man eine energische Salvarsankur im seronegativen Stadium beginnt, jede Lues I ausheilt. Auch er schaltet bei der Abortivkur das Hg völlig aus. Die Anfangsdosis nimmt auch er sehr hoch und nennt die progressive Behandlung „Unsinn".

Sehr interessant ist eine Veröffentlichung Zupitzas (38), der sehr gute Erfolge bei der Schlafkrankheit im Frühstadium hatte. Er gab pro kg Körpergewicht 8—8,3 mg Altsalvarsan und 15,0 und mehr mg Neosalvarsan, d. h. ein 70 kg schwerer Mann erhielt mindestens 0,5—1,0 g Neosalvarsan pro Dosi! Z. sagt: „Es kommt nicht auf die Gesamtmenge, sondern auf wenige, aber möglichst hohe Dosen an". Was also bei der Schlafkrankheit möglich ist, soll bei der Syphilis nicht möglich sein?

Über die Behandlung der Tabes habe ich geringe, über die der Paralyse gar keine eigenen Erfahrungen. Doch erzielte Stern-Piper (39) mit hohen Dosen (Einzel- wie Gesamtmenge) sehr gute Heilerfolge bis zur völligen Wiederaufnahme der gewohnten Tätigkeit. Er gab 8 g Silbersalvarsan und mehr, Dosen, von denen der Reichsgesundheitsrat (l. c.), der nur bis 2,5 g Silbersalvarsan gestattet, abrät.

Deshalb polemisiert Stern-Piper auch gegen den Reichsgesundheitsrat. Auch Sioli-Bonn (40) hält jede Paralysebehandlung unter 8 g Silbersalvarsan oder einer entsprechenden Menge anderer Salvarsanpräparate für ungenügend.

Man versuche also mit hohen Dosen Salvarsan und hohen Dosen Hg, die Lues II und die Lues III zu heilen, wie es zweifellos gelingt, die Lues I mit hohen Dosen Salvarsan allein abortiv zu heilen (Zieler [l. c.] spricht von 98—100% Heilungen). Erweist sich das Salvarsan im Sekundär- und Tertiärstadium zu schwach, um wenigstens in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Syphilis auszuheilen, und kommt es, wie Gennerich (l. c.) resigniert, letzten Endes doch zu einer Hineintreibung der Spirochäten in die Meningen und in das Nervengewebe, was aber erst noch gründlichster Erprobung bedarf, so ziehe man auch mit unerbitterlicher Logik die letzte Konsequenz und verwerfe dann das Salvarsan aus der Behandlung der Lues II und III. Immer wird es das Heilmittel der Lues I bleiben.

Die Sekundärlues wäre dann nur mit milden Hg-Gaben zu behandeln, um die ansteckenden Erscheinungen zu beseitigen und die Tertiärlues dann nur mit Jodkali, um die Syphilome zur Resorption zu bringen. Dann werden wir zwar nicht die Syphilis II und III ausheilen, aber auch keine Paralyse und Tabes provozieren, wie dies jetzt überall da geschieht, wo unterdosiert wird.

Aber ehe wir soweit kommen, wäre erst zu prüfen, ob die Lues II und III — trotz der regierungsseitlichen Richtlinien — nicht doch mit hohen Dosen Salvarsan heilbar ist!

Digitized by Google

Literatur.

1. Lewin, Über die Höchstdosis von Arzneimitteln. M. Kl., 1916, Bd. 37. — 2. W. Brock, Zur Dosierung des Salvarsans. M. m. W., 1921, Bd. 32. — 3. Zit. aus M. Kirchner, Zur Salvarsanfrage. D. m. W., 1919, Bd. 11. — 4. Schamberg, Joy, John Kolmar and George W. Raizies, Comparative studies of the toxicity of arsphenamine and neoarsphenamine. Am. J. m. sc., 1920, Bd. 160, S. 188. — 5. F. Pinkus, Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Berlin 1920. — 6. Richtlinien für die Anwendung der Salvarsanpräparate (aufgestellt vom Reichsgesundheitsrat). — 7. Zit. nach W. Kolle, Experimentelle Studien zu Ehrlichs Salvarsantherapie der Spirochätenkrankheiten und über neue Salvarsanpräparate. D. m. W., 1918, Bd. 43 u. 44. — 8. W. Frei, Zur Wirkung des Salvarsans auf die Spirochaeta pallida. Arch. f. Derm., 1920, Bd. 134, S. 119. — 9. G. Fantl, Zur Frage der Giftfestigkeit der Spirochäten. Derm. W., 1920, Bd. 170, Nr. 6, S. 81. — 10. Estill D. Holland, Wann ist Salvarsan unwirksam? Am. J. of Derm., Dez. 1911, S. 630. — 11. F. Krömeke, Zweimaliges Neurorezidiv nach kombiniert behandelter sogenannter seronegativer Primärlues. M. m. W., 1922, Bd. 18. — 12. Weigeldt, D. m. W., 1921, Bd. 35. — 13. Werther, Über Enzephalitis und Myelitis im Frühstadium der Syphilis während der Salvarsanbehandlung, geheilt mit Quecksilber und Salvarsan. D. m. W., 1922, Bd. 14. — 14. Schumacher, Diskussionsbemerkung in der Berl. Derm. Ges. vom 22. Nov. 1922. Derm. W., 1922, Nr. 2, S. 47/48. — 15. Gennerich, Zur Pathogenese der Metalues. M. m. W., 1922, Bd. 25. — 16. Karl Zieler, Die Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1920. — 17. Zit. nach Silberstein s. unter 19. — 18. Zit. nach Kraepelin, Psychiatrie, ein Lehrbuch. Leipzig 1910, Bd. 2. — 19. Silberstein auf dem Kongreß Nordostdeutscher Dermatologen in Danzig am 24. Sept. 1922. — 20. Wechselmann, Zur Dosierung des Salvarsans. D. m. W., 1911, Bd. 17. — 21. Zit. nach M. m. W., 1922, Bd. 30, S. 1135. — 22. H. Fuhs und O. Weltmann, Über Ikterus bei Lues. Arch. f. Derm., 1922, Bd. 140, H. 2. — 23. Bericht über die Sitzung der Berl. med. Ges. vom 25. Januar 1922. M. m. W., 1922, Bd. 7, S. 253. — 24. Linser auf dem Kongreß der deutsch. Ges. f. Inn. Med. in Wiesbaden am 24.—27. April 1922. — 25. G. Herxheimer und W. Gerlach, Über Leberatrophie und ihr Verhältnis zu Syphilis und Salvarsan, zugleich ein Beitrag zur Frage der Leberzellregeneration. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol., 1921, Bd. 68, H. 1. — 26. K. Isaak-Krieger und W. Löwenberg, M. Kl., 1922, Bd. 32. — 27. Zit. nach M. Kl., 1922, Bd. 10, Ber. ü. d. Sitzg. d. Berl. med. Ges. — 28. F. Jakobsohn und E. Sklarz, Zur Pathogenese der Salvarsanschädigungen. M. Kl., 1922, Bd. 10. — 29. Meirowski, Bericht der Salvarsankommission des Allg. Ärztl. Vereins in Köln. M. m. W., 1920, Bd. 17. — 30. Wullstein-Wilms, Lehrbuch der Chirurgie. Jena 1913, Bd. 1. — 31. L. v. Zumbusch, Der jetzige Stand der Syphilistherapie. M. m. W., 1918, Bd. 45, Beilage. — 32. Hübner, Der Wert der Salvarsanbehandlung. M. m. W., 1918, Bd. 34. — 33. W. Heyn, Salvarsanresistente Syphilisfälle. Sitzg. d. Berl. Derm. Ges. vom 20. Februar 1922 (Zbl. f. Haut- u. Geschlkr., Bd. 6, H. 2, S. 66). — 34. Engwer und Josephsohn, Über Salvarsantherapie und Salvarsannatrium. M. m. W., 1919, Bd. 19. — 35. Meta Oelze-Rheinboldt, Über die Zyarsalmischspritze in der ambulanten Frauenpraxis. M. m. W., 1922, Bd. 20. — 36. Brocq, Betrachtungen eines Praktikers über die Behandlung der Syphilis. Presse médicale 1922, 39. Ref., M. m. W., 1922, Bd. 31, S. 1171. — 37. R. Duhot, Über die Abortivbehandlung der Syphilis im seronegativen Primärstadium. Revue belge d'urologie et de dermato-syphiligraphie, Juli-Sept.-Heft 1921, Ref. M. m. W., 1922, Bd. 17. — 38. M. Zupitza, Heilungsversuche mit Salvarsan und Neosalvarsan bei Schlafkranken in Togo. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1920, Bd. 24, Nr. 8, S. 228. — 39. L. Stern-Piper, Erfahrungen mit der Silbersalvarsanbehandlung der progressiven Paralyse. M. m. W., 1922, Bd. 27. — 40. F. Sioli auf der Sitzung der Rhein.-westf. Ges. f. inn. Med., Nerven- und Kinderheilkunde in Düsseldorf am 14. März 1922. Ref. M. m. W., 1922, Bd. 26.

Digitized by Google

Alkohol und Geschlechtskrankheiten.

(3. Mitteilung.)

Von

Prof. von Notthafft in München.

Das Sündenregister des Alkohols ist ein so furchbares, daß jeder Arzt, gleichviel welche persönlichen Gewohnheiten er auch haben mag, die strengsten gesetzlichen Maßnahmen gegen denselben befürworten muß. Seine guten Eigenschaften braucht man durchaus nicht zu verkennen. In sehr geringer Menge genossen mag er ein nicht ersetzbarer Sorgenbrecher und Schlaftrunk sein. Wenn er einst verschwinden sollte, würde ein gut Stück Poesie und Lebensfreude dahingehen. Bei einer ganzen Reihe von Krankheiten ist er ein nicht zu unterschätzendes Heilmittel, und ebenso können kleine Mengen in der gerade für den Einzelfall richtig ausgewählten Form bei Rekonvaleszenten und bei Erschöpfungszuständen mit Vorteil angewendet werden. Aber die Menschen machen nun einmal aus einer Göttergabe durch ihre Unmäßigkeit ein Teufelsgeschenk, und das tun nicht einzelne, sondern die meisten. Auch beginnt die Schädigung schon bei Mengen, welche man vor den bahnbrechenden Untersuchungen Kräpelins und seiner Schule selbst in Ärztekreisen als ganz harmlos betrachtet hat und welche die Laien auch heute noch so ansehen. Wenn heute nicht bloß antialkoholistische Fanatiker (worunter ich nicht die Forscher, wohl aber den Chor mancher ihrer Nachbeter verstehe) einer Trockenlegung Deutschlands das Wort reden, so muß dieser Gedanke vom rein ärztlichen Standpunkt aus als vollkommen richtig bezeichnet werden. Es ist für ein großes Kulturvolk wie das deutsche beschämend, daß das Beispiel Amerikas bei uns fast allgemein grundsätzliche Ablehnung findet. Die meisten Gründe, welche man dagegen anführt, sind höchst fadenscheinig. Es kann durchaus zugegeben werden, daß der Lobgesang, welchen vor kurzem der hochverdiente Tübinger Seelenarzt Gaupp den heutigen amerikanischen Zuständen angestimmt hat, sich bei genauerer Kenntnis des amerikanischen Wesens als nicht ganz berechtigt erweisen könnte. In Amerika befindet man sich in einem Übergangsstadium. Es ist gar nicht zu erwarten, daß vorläufig dort drüben nicht noch recht viel heimlich gebrannt, gesotten, eingeführt und getrunken wird. Aber es ist doch wenigstens ein Anfang gemacht. Eines kann allerdings nicht geleugnet werden: augenblicklich dürfte unser schwer daniederliegendes Wirtschaftsleben eine so tief eingreifende Umwälzung nicht gestatten. Wir werden uns also wohl oder übel zunächst mit kleineren Mitteln behelfen müssen. Hierzu dürfte freilich die Wiedereinführung des „Kriegsbieres", welche vielfach vorgeschlagen wird, nicht zu rechnen sein. Aber wieder nicht etwa, weil dieser Vorschlag vom hygienischen Standpunkt aus nicht als beherzigenswert bezeichnet werden müßte, sondern weil es in einer Zeit der Unzufriedenheit nicht angängig erscheint, die Unzufriedenheit zu steigern. Dazu kommt, daß diese Forderung etwas unkonsequent erscheint. Mit Recht wenden sich die alkoholgegnerischen Ärzte gegen das dumme Schlagwort vom „flüssigen Brot", das das Braugewerbe unbedenklich den törichten Massen vorredet. Der Alkohol ist trotz seines zweifellosen Nährwertes kein Nahrungsmittel; dazu ist er zu giftig (und zu teuer). Wohl aber ist er ein Genußmittel. Ist er aber letzteres und ist er nur letzteres, dann muß sein Trinken auch mit Genuß verbunden sein. Wer aber einen Stoff, der weder ein Nährmittel noch ein Genußmittel ist, bloß deshalb trinkt, weil er eine, wenn auch geringe Alkoholmenge hat, ist eigentlich das Musterbeispiel eines Alkoholisten. Da radikale Mittel also zurzeit nicht angezeigt sind, empfiehlt es sich, sich mit erreichbaren Dingen zu begnügen: Aufhebung sämtlicher sogenannter „Volksfeste", Beschränkung des Alkoholausschankes auf ganz wenige Stunden des Tages, Verbot jedes offenen Schnapsverkaufes in Wirtschaften und in Geschäften, frühzeitigste Polizeistunde, Aufhebung des Flaschenbierhandels, Einführung des Gothenburger oder eines ähnlichen Systems und äußerste Einschränkung der Starkbiererzeugung. Jede Übertreibung ist schädlich. Auch die Antialkoholbewegung weist sehr viel Übertreibungen auf. Was man da in den Werbeschriften über durch den Alkohol bedingte Schädigungen liest, kann einer ernsthaften Kritik nicht standhalten. Hoppe — um von den Blättchen und Traktätchen gar nicht zu reden — hat ein Buch „Die Tatsachen über den Alkohol"

Digitized by Google

betitelt; darin steht sehr Vieles, was mit Tatsachen nichts zu tun hat. Ein Werk wie das von Rudolf Wlassak fällt durch seine Sachlichkeit geradezu auf. Offenkundige Übertreibungen der alkoholfeindlichen Bewegung führen aber den Mühlen des Alkoholkapitals Wasser zu und liefern dessen „wissenschaftlichen" Soldknechten die Droge, aus welcher sie das Morphium für Gewissen und Vernunft der trinklustigen großen Masse bereiten.

Unter diese haltlosen Behauptungen gehört auch das alte Märlein vom Alkohol als dem Vater der Geschlechtskrankheiten. Allerdings droht gerade bei diesem die Gefahr, daß Antialkoholiker und Alkoholiker in Streit geraten, nicht im gleichen Maße, als wenn erstere den an sich ganz richtigen Satz aussprechen, daß der gewohnheitsmäßige Trinker von mehr als 1 l Bier ein Säufer, daß das Bier kein Nährmittel und jeder Tropfen Alkohol für Kinder und Nervenkranke Gift ist. Denn jeder Laie macht die Beobachtung, daß der Angetrunkene geschlechtlich erregbarer und seine geistige Fähigkeit eingeschränkt ist; „die Hemmungsvorstellungen, welche den gesitteten Kulturmenschen über den niederen Trieb Herr werden lassen, kommen in Wegfall; der rohe Trieb schwingt sich zum Herrn der Lage auf. Die Rücksichten auf Gesundheit, soziale und Vermögensschädigung, auf Religion, Scham, Ehre und Pflicht, welche gewöhnlich als hemmende Vorstellungen eingreifen, gehen in dem großen Meer alkoholischer Verliebtheit haltlos unter. Es läßt sich daher beobachten, daß der Angeheiterte und Betrunkene auch unflätiger wird, daß er mit bedenklicherer Weiblichkeit vorlieb nimmt, geschlechtliche Verbindungen eingeht, die er nüchtern verabscheuen würde, und sonst beobachtete Vorsichtsmaßregeln unterläßt. Dazu kommt die alte Erfahrung, daß der Alkohol wohl die Gier reizt, aber schon sehr bald die Fähigkeit herabsetzt. Der Beischlaf dauert daher länger; auch mag er vom Betrunkenen roher ausgeführt werden, Verletzungen daher häufiger sein. Beides begünstigt Ansteckungen. Für das Weib gilt das gleiche wie für den Mann. Auch bei jenem sehen wir die geschlechtliche Begehrlichkeit oder wenigstens die Verliebtheit sich steigern; vergessen sind die Rücksichten auf den guten Ruf, die Angst vor der Schande und Schwängerung. Gilt es doch als beliebtes Mittel aller Schürzenjäger, den Widerstand einer Jungfräulichkeit durch eine genügende Alkoholdosis zu brechen!" Jeder von uns Ärzten, aber auch die meisten Laien können aus eigener Erfahrung solche tieftraurigen Vorkommnisse erzählen, bei welchen ein Rausch eine schwere Geschlechtskrankheit zur Folge hatte. „Nicht minder als diese allbekannten Zustände ist der schwere Rückgang der geistigen Fähigkeiten, die sittliche Entartung und Neigung zu geschlechtlichen Ausschweifungen, die außerordentliche Reizbarkeit und gelegentliche tierische Roheit des eigentlichen Säufers bekannt." So allgemein ist der Glaube an den Zusammenhang von Alkohol und Geschlechtskrankheiten, daß selbst die schönfärberischen Schriften des Alkoholkapitals, die doch sonst die offenkundigsten Tatsachen bestreiten, es gar nicht wagen, hiergegen sich zu äußern. Höchstens bemüht man sich, diese unbequemen Tatsachen dadurch abzuschwächen, daß man mit Scheinehrlichkeit erklärt, daß man das Übermaß ja selbst verurteile. Das Laienurteil findet anscheinend eine Bestätigung durch die Wissenschaft. Nicht nur beweisen die Versuche einer Reihe erster Forscher, unter welchen Kräpelin und seine Schüler an erster Stelle zu nennen sind, daß schon kleine Alkoholgaben andeutungsweise und nur für feinere Methoden meßbar jene Veränderungen der Denkfähigkeit erzeugen, die wir ausgeprägter beim akuten Rausch und beim Säufer zu sehen gewohnt sind. Auch mehrere statistische Arbeiten suchten nachzuweisen, daß der Alkohol die Ansteckung im außerordentlich hohen Prozentsatz zustande kommen läßt. So fand Langstein bei geschlechtskranken Männern 43,8% und bei geschlechtskranken Weibern 90%, Forel dort 76,4%, hier 65,5%, Möller bei seinen Männern 67,7%. Forel glaubte weiterhin gefunden zu haben, daß der uneheliche erste Geschlechtsverkehr bei den Männern in 48,5%, bei den Weibern in 76,5% vom Alkohol gefördert worden sei, und Meirowsky in 23,6% bei seinen Mittelschülern.

Gegen diese Lehren habe ich an zwei Stellen das Wort ergriffen, nämlich in der Zschr. z. Bek. d. Geschlechtskrkh., Leipzig 1911 und Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123, H. 4. Gleichzeitig mit letztgenannter Arbeit oder etwas vor ihr hat auch Hugo Hecht sich in der Zschr. z. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1916, Bd. 16, H. 11, zur gleichen Frage geäußert. Er glaubt, die Angaben Langsteins bestätigen zu müssen. Nach ihm haben 42,29% seiner kranken Männer sich durch den Alkohol verführen lassen. Für die Angehörigen der besseren Stände wurde die etwas höhere Zahl 44% und die Erstinfektionen der Arbeiter- und Kaufmannsgruppen 45 bzw. 48% herausgerechnet. Ich komme unten auf die Würdigung dieser Arbeit zurück und lasse zunächst die Resultate meiner eigenen damaligen Arbeiten folgen. Sie stützen sich auf ein reiches statistisches

Digitized by Google

Material. Die Methode, mit welcher gearbeitet wurde, war natürlich die retrospektive, gerade wie bei meinen Vorgängern. Aber sie unterschied sich doch gerade im wesentlichen von ihrem Verfahren. Diese hatten einfach die armen bestraften Sünder gefragt, ob sie nicht vorher getrunken hätten und ob ohne Alkoholgenuß vielleicht der Geschlechtsverkehr wohl unterblieben wäre; sie hatten ihnen sozusagen geradezu die Antwort in den Mund gestrichen. Omnis luicus, aber auch omnis gravida extramatrimonialis est mendax. Natürlich hatten die liebeskranken Männer und Frauen und die gesegneten Mägdleins nun alle zu viel getrunken gehabt. Oder jene Forscher verfuhren überhaupt nur nach dem Satze post hoc ergo propter hoc. Ich habe dagegen in jedem Falle die Nebenumstände herangezogen. So konnte ich feststellen, daß der Alkohol allerdings die Geschlechtskrankheiten fördert, weil er ihre Heilung verzögert und weitere Ansteckungen dadurch begünstigt und weil er unter den Verhältnissen der europäischen Kultur die Entstehung der Prostitution, eine Hauptquelle der Geschlechtskrankheiten, fördert, jene vertiert, dadurch in gesundheitlicher Richtung noch gefährlicher macht und durch Schaffung von Gelegenheit die Beziehungen zwischen Kundschaft und Dirne, im besonderen der unüberwachten, erleichtert. Auch wurde zugegeben, daß er durch die lähmenden Wirkungen, welche er auf das Gehirn ausübt, und seine Erregung der Geschlechtslust zu unvorsichtigen geschlechtlichen Verbindungen führt, die sonst unterbleiben würden. Aber andererseits konnte ich zahlenmäßig nachweisen, daß die Größe des hierdurch angerichteten Schadens ungeheuer überschätzt wird. Denn die meisten dieser Vereinigungen würden auch ohne Alkohol stattfinden, und die größere Unvorsichtigkeit und geschlechtliche Gier vieler Angeheiterter wird, zum Teil wenigstens, durch die Lähmung des Triebes (nicht der Potenz!), die sich bei vielen, welche sonst geschlechtlich verkehren würden, sehr rasch nach Alkoholgenuß, sozusagen noch am Biertisch, eingestellt, ausgeglichen. Ich hatte nun gefunden, daß die geschlechtlichen Ansteckungen in nur 14,8—17,7 %, mit Hinzurechnung der Möglichkeit 29,2—35 % durch einen berauschten Zustand erworben worden waren, während die subjektiven Angaben der Kranken weit höher gingen. Bei den Frauen wurden gar nur 2,9 %, mit Hinzurechnung der Möglichkeit 8,5 % herausgerechnet. Der erstmalige Geschlechtsverkehr im Leben war durch den Alkohol herbeigeführt worden bei den Männern in 6,4—10 %, mit Hinzurechnung der Möglichkeit in 18,1—20,1 %; bei den Frauen in 0—2,9 %, mit Hinzurechnung der Möglichkeit in 2,9 %. Warum meine Vorgänger zu weit höheren Angaben sich verirrt haben, ist oben bereits dargetan. Der Alkoholgenuß findet in der Regel nachmittags und abends statt; der Geschlechtsverkehr abends bzw. in der Nacht. Er folgt also dem Alkoholgenuß. Aber deshalb ist er nicht durch diesen bedingt. Man muß sich eben die Mühe geben, den einzelnen Fall ordentlich zu zergliedern. Dann findet man bei solchen scheinbaren Berauschungsfolgen, daß der Geschlechtsverkehr vor dem Alkoholgenuß verabredet oder das Weib „ausgeführt" war, oder daß die Genossin Ehefrau, Verhältnis, Freundin, Jugendliche oder eine Person war, mit der schon wiederholt Umgang gepflogen worden war; häufig findet man Wahllosigkeit, d. h. der Mann verkehrte, ob alkoholisiert oder alkoholfrei, mit jeder sich bietenden Weiblichkeit. Beim ersten Geschlechtsverkehr spielen auch Neugierde und Verführung durch das Weib eine Rolle. Genauer kann ich an dieser Stelle auf die damaligen Feststellungen nicht mehr eingehen. Ich muß bezüglich des Weiteren, besonders auch bezüglich des verschiedenen Verhaltens der einzelnen Stände und der Beziehungen zwischen Alkohol und Dirnenverkehr auf die damaligen Arbeiten verweisen.

Eigentlich ist ein solches Ergebnis ja zu erwarten gewesen. Eine nüchterne Beachtung des eigenen Geschlechtslebens und desjenigen ihrer Bekannten, ein Blick auf die Verhältnisse bei nicht trinkenden Völkern und beim Tier sollte alle Ankläger des Alkohols vorsichtig machen. Daß unter den Anklägern sich auch Ärzte befinden — ich meine praktisch tätige Ärzte —, die doch die menschlichen Gewohnheiten kennen, ist geradezu unverzeihlich. Die Lehre vom Alkohol als dem Nährvater der Geschlechtskrankheiten wird überall weitergepredigt, nicht nur in den Schriften der Sittlichkeits- und Frauenvereine und der populären alkoholfeindlichen Werbeliteratur (Vereinigungen von sehr verschiedenem Werte, die durchaus nicht gleich gemessen werden dürfen), sondern auch in den ärztlichen Abhandlungen.

Die Arbeit von Hecht ist, obwohl er sich eigentlich gegen mich wendet, auch ohne weitere Prüfung derselben schon eine halbe Bestätigung der meinigen. Denn es ist doch ein Unterschied, ob er mit Langstein etwa 43 % herausrechnet, oder ob Möller 67,7 % und Forel 76,4 % bei den Männern und bei den Frauen Langstein gar 90 % gefunden haben! Nach der ganzen Anordnung der Fragen und der Art der

Digitized by Google

Erhebung durch Hecht hat er nicht die sichere oder wahrscheinliche Alkoholbeeinflussung, die bei mir bezüglich der Männer mit 14,8—17,7% angegeben ist, sondern jede mögliche herausgerechnet. Hier sind aber meine Befunde von 29,2—35% von den seinigen nicht mehr sehr weit entfernt. Ich glaube nun und habe das schon in meiner ersten Arbeit angegeben, daß eine Klinik überhaupt nicht der geeignete Ort für solche Fragestellungen ist. Wenn Hecht hier die Fragen durch die Kollegen erheben läßt, spricht das nur für die Ehrlichkeit, aber nicht für die Zuverlässigkeit seiner Methode. Es ist doch schließlich ganz gleichgültig, wen der Kranke anlügt und wer in ihn hineinexaminiert! Solche Untersuchungen können nur bei ganz intimem Verkehr zwischen Arzt und Kranken angestellt werden. Schon die von Hecht unter b) gestellte Frage: „Wurde zur Zeit der Infektion mehr als sonst getrunken oder nicht?" enthält eine unbeabsichtigte Beeinflussung des Befragten. Natürlich haben die Leute dann mehr getrunken! Andererseits hat sich Hecht bemüht, wenigstens festzustellen, ob ein Gelegenheitsverkehr oder einer mit der regelmäßig gewählten Frau vorlag. Aber das genügt auch noch nicht, wenn man wirklich sicher gehen will. Denn ein Gelegenheitsverkehr ist bei den meisten sexuell begehrlichen Männern, gleichviel wie sonst ihre geschlechtlichen Verhältnisse geregelt sind, sehr gewöhnlich. Dazu braucht es keinen Alkohol. Auch ich habe bei meinen Untersuchungen ebenso wie Hecht ganz ähnliche Zahlen wie Möller erhalten, nämlich das eine Mal rund 35, das andere Mal rund 45%, wenn ich lediglich die subjektiven Angaben der Leute verwertete. Es ist doch sicher bezeichnend, daß, wenn man nicht bloß Angesteckte nach den Verhältnissen beim ansteckenden Verkehr befragt, sondern Gesunde wie Angesteckte nach denjenigen beim ersten Geschlechtsverkehr, wie ich es getan habe, selbst nach den subjektiven Angaben der Leute weit geringere Zahlen herauskommen, nämlich 15—18,1% bei den Männern, daß dagegen die Zahl der Frauen von 30% auch hier höher ist! Das legt doch den Gedanken an die Verlogenheit aller Angesteckten und die Beschönigungssucht des Weibes sehr nahe! Über die Verhältnisse des ersten Geschlechtsverkehrs hat Hecht aber keine Untersuchungen angestellt.

Noch weniger kann ich das übrige Material Hechts als beweiskräftig ansehen. Da wird zunächst eine Statistik eines abstinenten Engländers H. M. Davies Colonel R. A. M. S. gebracht, nach welcher „die Zahl der Geschlechtskrankheiten in gleichem Maße mit der Zahl alkoholischer Kranker (in den Militärspitälern) abnimmt". Das stimmt. Andererseits sahen wir zur gleichen Zeit in den Armeen ein Abnehmen der Geschlechtskrankheiten, und es liegt näher, die Abnahme von Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten in der englischen Armee, statt in ein Abhängigkeitsverhältnis voneinander zu bringen, auf die gegen beide Übel getroffenen Maßnahmen zu beziehen. Denn was Alkohol und Geschlechtskrankheiten betrifft, so marschierte diese Armee an der Spitze aller Heere. Die Zustände bei diesem ebenso trunksüchtigen wie geschlechtlich ausschweifenden Söldnergesindel waren so furchtbar, daß ernste Maßnahmen gegen Alkoholmißbrauch und Geschlechtskrankheiten getroffen werden mußten. Dieses geht genau aus dem nächsten Bericht eines Surgeon general Evatt C.-B. von der Royal army medical corps hervor. Hier wird zwar als Ursache des Rückgangs der Geschlechtskrankheiten wohl auch der abnehmende Alkoholgenuß, aber auch der persönliche Einfluß der Offiziere, Sport und Unterhaltungen in der freien Zeit, gründliche Behandlung der Geschlechtskrankheiten und der Entzug der Dienstgelder bei Krankheit (oder bloß bei venerischer Krankheit?) genannt. Auch der Pfarrer I. H. Batteson, der während 10 Jahren Sekretär der Royal army temperance association war, sagt zwar, „daß der Einfluß der größeren Nüchternheit zweifellos nicht zu verkennen sei", gibt aber zu, daß „vor allem Fortschritte in der Hygiene zu diesem Ergebnis beigetragen haben". Ich will für die englische Armee den Einfluß der Abstinenz- und Mäßigkeitsbewegung gar nicht leugnen. Man muß jedoch bedenken, daß die englischen Soldaten durchschnittlich so schwere Trinker waren, daß hier ganz außergewöhnliche Verhältnisse vorliegen. Hier haben wir es mit dem chronischen Alkoholismus und seinen schweren entsittlichenden und verdummenden Folgen zu tun. Noch wertloser ist der Bericht von Grandjux über „die Prophylaxe der Syphilis in der französischen Armee". Nach ihm haben Tripper und weiches Geschwür abgenommen, die Syphilis nicht. Das kann nun doch bloß damit zusammenhängen, daß die gegen die Geschlechtskrankheiten getroffenen vorbeugenden Maßregeln nur hinsichtlich des Trippers und weichen Geschwürs genügend waren (letzteres nahm im gleichen Zeitraum übrigens in allen Ländern ab, zum mindesten in der Statistik). Die Meinung von Grandjux, daß der Rückgang des Trippers so zu erklären sei, daß der Alkohol die Disposition zur Erwerbung dieser Ge-

Digitized by Google

schlechtskrankheit steigert, mit Zunahme der Mäßigkeit also die Zahl der Tripperfälle sinken müsse, kann doch nicht ernsthaft in Erwägung gezogen werden! Und was soll man dazu sagen, wenn die Sekretäre mehrerer englischer abstinenter Körperschaften allen Ernstes behaupten, daß bei ihren Mitgliedern Geschlechtskrankheiten überhaupt nicht vorkommen! Solche Sätze stellen sich würdig neben die Redensarten des Alkoholkapitals. Entweder beschönigen da die Gesellschaften, oder es verheimlichen die Mitglieder. — Dagegen kann Hecht zugestimmt werden, wenn er an der Hand eines aus verschiedenen deutschen Städten stammenden Materials die Beziehungen der Animierkneipenkellnerinnen zur geheimen Prostitution und zu den Geschlechtskrankheiten nachweist. Das hat aber gar niemand geleugnet, ist längst bekannt und beweist nur den Zusammenhang zwischen Geschlechtskrankheiten und Prostitution, nicht zwischen Geschlechtskrankheiten und Alkohol.

Was mich veranlaßte, die Frage Geschlechtskrankheiten und Alkohol von neuem zu untersuchen, sind nicht diese leicht zu widerlegenden bisherigen Ausführungen Hechts, sondern eine neue einwandfreie Statistik über die Verteilung der geschlechtlichen Ansteckungen auf die einzelnen Wochentage. Danach infizierten sich:

an Sonn- und Feiertagen	37,7%,
am Montag	8,5%,
am Dienstag	10,8%,
am Mittwoch	8,5%,
am Donnerstag	8,5%,
am Freitag	11,2%,
am Samstag	19,8%.

Mithin an Samstagen, Sonn- und Feiertagen zusammen: 19,8 + 37,7% = 57,5%.

An den übrigen Wochentagen 8,5 + 10,8 + 8,5 + 8,5 + 11,2 = 47,5% (da 57,5 + 47,5 nicht 100, sondern 105 geben, muß hier ein Druck- oder Rechenfehler vorliegen).

Samstage, Sonn- und Feiertage sind nun bekanntlich die Tage, an welchen am meisten getrunken wird, und es hat gewiß etwas Verlockendes, die häufigeren Ansteckungen mit dem gesteigerten Alkoholgenuß in Verbindung zu setzen. Aber es darf gleich hier schon vorausgeschickt werden: Obwohl sicher ein solcher Zusammenhang bestehen könnte, aus diesen Zahlen kann man ihn nicht ableiten. Denn die genannten Tage sind die Tage der Arbeitsruhe und der Vergnügungssucht. Da müssen sowohl Berauschungen wie auch geschlechtliche Verbindungen in höherem Maße zustande kommen als an den anderen Wochentagen. Die Dinge brauchen nicht super- und subordiniert, sondern können geradesogut koordiniert sein. Diesen Gedanken legt schon ein Vergleich der Samstagszahl 19,8 und der Feiertagszahl 37,7 nahe. Was Berauschungen betrifft, so steht der Samstag nicht sehr weit hinter den Feiertagen zurück. Aber das Weib steht am Samstag nicht in gleichem Maße zur Verfügung. Daher kommt hier nur die Hälfte der Ansteckungen der Feiertage zustande. Immerhin macht der Samstag Abend doch schon eine größere Anzahl weiblicher Angestellter frei als die übrigen Wochentagsabende. Deshalb müssen, ganz abgesehen, daß auch der Mann hier mehr seinem Vergnügen nachgehen kann, die geschlechtlichen Verbindungen am Samstag Abend häufiger sein als an den übrigen Werktagen.

Die Tabelle von Hecht war am Anfang des Krieges im Auftrag der Militärbehörden in allen Kranken- und Mannschaftsstuben angeschlagen worden. Hierdurch angeregt habe ich ebenso wie er durch Befragen bei Angesteckten und Gesunden herauszubekommen versucht, an welchem Wochentage der erste bzw. der ansteckende Geschlechtsverkehr stattgefunden hatte. Leider ist das schließlich erhaltene Material nur sehr klein. Die Mehrzahl der Leute wissen nach Jahr und Tag nicht mehr, an welchem Tage dieses geschehen ist. Nur die frisch Angesteckten machen da eine Ausnahme.

Es blieben nur 660 Personen. Von diesen konnte 289mal der Tag des ersten Geschlechtsverkehrs, 578mal derjenige der Ansteckung angegeben werden. Das Material ist also um $^1/_3$ kleiner als dasjenige Hechts, und während dieser die Verhältniszahlen für jeden Wochentag ausgerechnet hat, finden sich im folgenden nur diejenigen für die beiden wichtigen Tage, Samstag und Sonntag bzw. die Feiertage.

Es steckten sich von 578 an einem Samstag, Sonntag oder anderen Feiertag an: 310 = 53,63%.

Der erste Geschlechtsverkehr fand unter 289 an einem Samstag, Sonntag oder anderen Feiertag statt bei 137 = 47,4%.

Digitized by Google

Diese Zahlen erreichen nun zwar nicht ganz die Hechtschen, kommen ihnen aber doch sehr nahe. Man versteht, wie man zu der Ansicht kommen konnte, daß da der Alkohol im Spiele sein dürfte und daß sie eine Bestätigung nicht nur der Hechtschen Zahlen, sondern auch der von Hecht daraus gezogenen Schlüsse seien. Und doch ist es nicht so.

Zunächst sind auch hier wieder die näheren Umstände festzustellen, unter welchen der Geschlechtsverkehr stattgefunden hat. Die Methode ist oben schon kurz angegeben und findet sich genauer in meinen früheren Arbeiten, auf die ich einfach hier verweise. Es muß eben nachgewiesen werden, ob der betreffende Geschlechtsverkehr mit Sicherheit, Wahrscheinlichkeit oder auch nur mit Möglichkeit auf den Alkohol zurückzuführen ist. Das einfache Zusammenfallen von Alkohol und Geschlechtsverkehr genügt nicht. Auch das genügt nicht, daß der Geschlechtsverkehr ein Gelegenheitsverkehr war. Denn die meisten liederlichen Männer pflegen ohne jede alkoholische Beeinflussung neben der gewohnten Genossin aber auch noch gelegentliche zu haben, und für sehr viele gibt es überhaupt nur Gelegenheitsverkehr. Dazu kommt für Samstage und Feiertage, daß hier die Gelegenheit erhöht ist; also müssen auch mehr Gelegenheitsverkehre stattfinden. Wer jeden Gelegenheitsverkehr, wenn Alkohol genossen war, als alkoholisch bedingt auffaßt, muß so an diesen Tagen zu hohe Zahlen erhalten.

Indem ich nun wie in den früheren Arbeiten und wie auch Hecht die Nebenumstände berücksichtigte, konnte ich feststellen, daß von 137 Samstag-, Sonntag- oder sonstigen Feiertagsdeflorationen 17 = 12,41% mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit durch den Alkohol herbeigeführt waren. (Frühere Ergebnisse für alle Tage: Personen: 9,5 und 6,3%, Männer: 10 und 6,4%, Weiber: 5,7 und 0%.) Mit Hinzurechnung der Möglichkeit war der erste Geschlechtsverkehr an diesen Tagen veranlaßt bei 30 = 21,82% (frühere Ergebnisse für alle Tage: Personen: 18,5 und 17,8%, Männer: 20,1 und 18,1%, Weiber: 8,5 und 0%).

Von 310 Samstags-, Sonntags- oder anderen Feiertagsansteckungen wurden mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit 61 = 19,68% durch den Alkohol herbeigeführt. (Frühere Ergebnisse für alle Tage: Personen: 17,7%, Männer: 18,3 und 14,8%.) Mit Hinzurechnung der Möglichkeit war die Ansteckung an diesen Tagen durch Alkohol verursacht worden bei 83 = 26,77% (frühere Ergebnisse für alle Tage: Personen: 29,2%, Männer: 29,4 und 35%).

Es sind also die jetzt für die in Frage stehenden Tage gewonnenen Zahlen zum Teil etwas, wenn auch nicht sehr bedeutend höher als die früher für alle Tage gewonnenen. Man könnte darin eine geringe Steigerung des Alkoholeinflusses an den genannten Tagen gegenüber den anderen Wochentagen finden. Um aber dem Einwand zu begegnen, daß es unzulässig sei, Teilzahlen aus einem späteren Material mit früher gewonnenem zu vergleichen, so sollen noch die für die Werktage gewonnenen Prozentzahlen folgen:

Es steckten sich an einem der ersten 5 Werktage an: 268 Personen. An einem dieser Werktage fand der erste Geschlechtsverkehr statt bei 152 Personen. Von den Werktagsangesteckten haben 40 = 14,93% mit Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit, mit Hinzurechnung der Möglichkeit 69 = 25,74% unter alkoholischem Einfluß gehandelt. Das Zustandekommen der Werktagsdeflorationen war durch Alkoholeinfluß begünstigt worden 15 mal = 9,87% mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit, mit Hinzurechnung der Möglichkeit 30 mal = 13,16%.

Es scheint also, daß, aber nicht durchgehend, die Verbindungen, welche an Samstagen, Sonntagen und anderen Feiertagen geschahen, in größerem Umfang unter alkoholischem Einflusse stehen als die an den übrigen Wochentagen geschehenden. Aber der Unterschied ist nur ein sehr geringer. Daß der Alkohol geschlechtliche Verbindungen fördert, ist ja nie bestritten worden; die Streitfrage ist nur: in welchem Maße findet diese Beeinflussung statt? Ist sie sehr bedeutend, wie man gemeinhin glaubt und was man durch Statistiken nachzuweisen versucht hat, oder ist sie gering? Wenn die durch Alkohol bedingten Infektionen an den „Feiertagen" nicht wesentlich höher sind als an den „Werktagen", dann verliert die höhere Infektionsziffer dieser Tage, wie sie Hecht und nach ihm auch ich gefunden haben, die von Hecht gegebene Deutung, daß sie durch vermehrten Alkoholgenuß dieser Tage veranlaßt sei. Rechnet man für das Jahr 52 Sonn- und Samstage und noch etwa 16 andere Feiertage, dann ergeben sich 120 „Feiertage" und 245 „Werktage". An den 120 „Feiertagen" sind mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit 61, mit Hinzurechnung der Möglichkeit 83 Alkoholinfektionen erfolgt, an den 245 „Werktagen" 40 bzw. 69. Den „Werktagsinfektionen" 40 und 69 hätten 19 und 33 „Feiertagsinfektionen" entsprochen. Das wäre bedeutend weniger, als ich statistisch gefunden, und dann wäre der Alkohol von

Digitized by Google

beträchtlichem Einfluß. So darf man aber nicht rechnen. Denn wenn an den „Feiertagen" die Zahl der Infektionen größer ist, muß auch die Zahl der Alkoholinfektionen größer sein. Setzt man nämlich die ungesichteten Zahlen der Feiertagsansteckungen mit den ungesichteten der Werktagsansteckungen in Beziehung, so ergibt sich ein Prozentsatz von 86,45. Setzt man aber die gesichteten Zahlen der Feiertags-Alkoholansteckungen und der Werktags-Alkoholansteckungen in Verhältnis, dann erhält man 65,57 und 84,07 als Prozentzahlen. Der Einfluß des Alkohols auf die Infektionsziffern ist demnach an Samstagen, Sonntagen und anderen Feiertagen nicht nur kein höherer als an den alkoholärmeren Werktagen, sondern er ist sogar geringer. Dieses Resultat kommt etwas unerwartet. Man darf den Satz auch sicher nicht verallgemeinern. Zufälligkeiten und Ungenauigkeiten bei der mit strengster Genauigkeit gar nicht zu machenden Abschätzung der Krankenangaben können die Rechnungsergebnisse bestimmt haben. Aber so viel kann man sagen, daß das „feiertägliche" Mehr an Alkoholinfektionen dem Mehr an „feiertäglichen" Infektionen entspricht.

An den „Feiertagen" müssen aber mehr Ansteckungen geschehen, auch ohne daß der Alkohol Kuppler ist. Denn da haben die Leute freie Zeit. Sie sind nicht nur nicht durch Berufsgeschäfte abgehalten, Liebesdummheiten zu begehen, sie haben vor allem Zeit zum Müßiggang, der bekanntlich „aller Laster Anfang" ist. An den „Feiertagen" treffen sich die beiden Geschlechter, welche die Werktagsarbeit trennt, und die vielen Vergnügungsstätten begünstigen solche Zusammenkünfte. Es ist ja möglich, daß die „Feiertagsansteckungen" abnehmen würden, wenn man in diesen Vergnügungsstätten keinen Alkohol mehr verzapfen würde. Aber das geschähe dann nicht deshalb, weil die Berauschungen in Wegfall kommen, sondern weil die Café- und Selterswasserstuben unvergleichlich schlechter besucht würden. Auf den „Geist", der in einem Vergnügungslokal steckt, kommt es an, nicht auf das Getränk. Und wer das nicht glauben will, weil es nicht in seine vorgefaßte Lehrmeinung paßt, der sehe sich einmal an, wie heute der alkoholfreie Sport die Leute paart! Bei uns im Süden haben die alpinen Vereine eine eigene „Bergwacht" gegen diese Sportsfreunde errichtet, und diese hat reichlich zu tun, nicht nur wegen eingerissener Zäune und aufgebrochener Sennhütten, sondern vor allem auch wegen der Schamlosigkeiten gewisser Bergfahrer. Es ist eine allgemeine Klage aller echten Bergsteiger, daß man jetzt in den Bergen nur mehr Pärlein sieht, und als Radwanderer kann man sich genug darüber ärgern, daß hinter jedem Motorfahrer noch eine weibliche Zugabe hockt. In den Kaffeehäusern geht es übrigens heute viel ausgelassener zu als in den meisten Alkoholschänken. Das hängt nicht damit zusammen, daß, wie aus den unanfechtbaren, erschreckenden Veröffentlichungen Kräpelins hervorgeht, der Alkoholmißbrauch wieder in furchtbarer Zunahme begriffen ist, sondern mit der heutigen geschlechtlichen Verwilderung. Dieses kommt auch noch in den folgenden Überlegungen zum Ausdruck: Ich habe den unbedingten Eindruck, daß sich der Unterschied zwischen „Feiertags-" und „Werktags"infektionen immer mehr ausgleicht. Ich kann das nicht ausrechnen, einmal, weil mir für frühere Jahre die Tabellen nicht mehr zur Verfügung stehen und ein nochmaliges Ausziehen der Journale wegen der vielen nicht gebuchten unmittelbaren Einträge von befragten Gesunden zu falschem Ergebnis führen würde und ich auch diese Arbeitslast nicht mehr auf mich nehmen könnte, und dann auch, weil ich früher auf diesen Punkt nicht in gleichem Maße geachtet habe wie später. Als allgemeinen Eindruck kann ich jedoch festsetzen, daß man jetzt viel weniger einen Feiertag als Infektionstermin angegeben bekommt wie früher. Aber auch hier könnte man wieder einwenden, daß das Sprechstundenmaterial jetzt mehr von Kassenkranken gebildet wird als damals. Die Studenten und viele der Gebildeten infizieren sich nicht mehr in gleichem Maße oder behandeln ohne Arzt an sich selbst herum, die Masse aber hat an Werktagen mehr freie Zeit und mehr Geld als früher.

Aus dieser Arbeit geht wieder die absolute Bedeutungslosigkeit des Alkohols für das Zustandekommen des ersten Geschlechtsverkehrs hervor. Aus der Arbeit Hechts sei noch hervorgehoben seine Bestätigung meines Fundes, daß der Alkohol bei der Infektion der verheirateten Männer eine sehr wesentliche Rolle spielt, die große Liederlichkeit im Kaufmannsstande und daher seine großen Infektionsziffern, aber ihre wenigen Alkoholinfektionen.

Ich brauche mich nach dem ganzen Geist der Arbeit wohl nicht dagegen zu verwahren, daß ich irgendwie die furchtbaren Folgen des Alkoholismus, und zwar auch des sogenannten „mäßigen" Alkoholgenusses, beschönigen möchte. Das Alkoholkapital, gegen dessen Bearbeitung der Presse erst jüngst Kräpelin einen höchst lehrreichen Aufsatz geschrieben hat, wird mit meinen diesmaligen Ausführungen so wenig etwas für seine erbärmlichen Zwecke machen können wie mit meinen früheren.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Januar 1923, Bd. 27, H. 5/6.

Arsenkrebs mit Bemerkungen über andere kutane Arsenwirkungen, von A. L. Fönss, Univ.-Hautklin. Kopenhagen. S. 257—290. Die Arsenvergiftung ist in ihren Hauterscheinungen sehr vielgestaltig. Ähnliche Hauterscheinungen können die Addison-sche Krankheit, Syphilis, Pemphigus, Psoriasis, Herpes zoster usw. hervorrufen. Ferner können Lichen ruber, Erythema multiforme durch Arsen vorgetäuscht werden. Verf. bespricht die als Arsenkrebse bisher veröffentlichten Fälle. Vor unvorsichtiger und nicht dringend erforderlicher Arsenbehandlung wird gewarnt. — Der Arsenkrebs geht meistens von Keratosen aus; ist meistens an Händen und Füßen zu finden und zwar gleichzeitig an mehreren Stellen. In der Regel neigt er zu Metastasen. Bei der Operation sind die regionären Drüsen zu entfernen. Arsen kann eine Psoriasis so verändern, daß sie Sitz eines Krebses wird. Der echte Psoriasiskrebs ist sehr selten. Er ist solitär, ist außerhalb der Hände und Füße lokalisiert. Er scheint keine Neigung zu Metastasen zu haben.

Über Granuloma pediculatum, von F. Falkenstein, Abt. Ehrmann-Wien. S. 299 bis 304. Die Ursache dieser Krankheit ist immer noch unbekannt. Vielleicht sind es die Staphylokokken. Verf. denkt sich die Entstehung der Tumoren so: Die Staphylokokken rufen eine Wucherung des Endothels der Blutgefäße hervor, die eine solche allein bleibt, solange das erhaltene Epithel das junge Gewebe schützt und komprimiert. Sobald das Epithel die Spannung im Tumor nicht mehr aufrechterhält, drängen die neugebildeten Zellen auseinander; das lockere Bindegewebe, in dem das Infiltrat sich leicht entwickeln kann, ist gebildet, und aus den neugebildeten Endothelzellen ist in kürzester Zeit ein typisches Granulationsgewebe geworden. Verf. hält die verschiedenen Befunde der Autoren für verschiedene Stadien der gleichen Affektion.

Über spontan rezidivierende Salvarsanexantheme, von F. Harry, Abt. Buschke-Berlin. S. 305—312. Eine 58jährige Frau machte, nachdem sie drei kombinierte Kuren gut vertragen hatte, erneut eine Salvarsankur durch. Nach der dritten Injektion entwickelte sich ein universelles Exanthem, das innerhalb von 74 Tagen abheilte. 23 Tage später ohne spez. Behandlung erneut schweres Exanthem, das in 14 Tagen abheilte. Spontanrezidive sind bisher wenig beobachtet. Als Ätiologie des Salvarsanexanthems überhaupt schuldigt Verf. eine Schädigung des vegetativen Nervensystems an. Das Rezidiv ist darauf zurückzuführen, daß das Überstehen des ersten Exanthems nicht zur völligen Heilung des vegetativen Nervensystems geführt hatte.

Zur Technik der Kohlensäureschneebehandlung, von H. Hecht-Prag. S. 313 bis 314. Bei größeren Nävi hat das etappenweise Vorgehen mit Kohlensäureschnee verschiedene Nachteile. Die einzelnen Stellen sind verschieden gefärbt, es bleiben kleine Reste usw. Verf. schlägt folgendes Verfahren vor. Er stellt nach dem nachzulesenden Verfahren eine Form her, die 2 mm über den Nävus hinausreicht. So kann man auf einmal den ganzen Nävus vereisen. Die Art der Behandlung wird noch empfohlen für Angiome, Lupus erythematodes, Ulcus rodens, rote Nasen (Rosacea).

Zur Behandlung kallöser Unterschenkelgeschwüre, von H. Hecht-Prag. S. 315—316. Zur Reinigung der Geschwüre Umschläge mit stark konzentrierter Kochsalzlösung, die öfter gewechselt werden müssen. Nach einem heißen Bad wird das Geschwür und Umgebung gereinigt. Bei Geschwüren, die nicht größer sind als eine kleine Handfläche, wird der kallöse Rand gut vereist und dann im Hautniveau mit flach aufgelegtem scharfem Messer abgetragen. Der Geschwürsgrund wird mit dem scharfen Löffel abgekratzt. Nachbehandlung mit Jodoform, Dermatol usw. Bei noch größeren Geschwüren empfiehlt es sich etappenweise vorzugehen. E. Meyerhoff-Hamburg.

Digitized by Google

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 141, H. 3.

Zur Kenntnis der Entzündungen der Haut mit netzförmiger oder verästelter Zeichnung, von E. Lehner und D. Kenedy, Hautpolikl. Budapest. S. 325—341. Die beiden zunächst mitgeteilten Fälle betrafen zwei Mädchen mit netzförmiger Livedo der unteren Extremitäten. Sie pflegten im Winter gegenüber einem heißen Ofen zu sitzen. Außerdem zeigte ihre Haut eine besonders intensive Cutis marmorata, und bei beiden konnte eine Hyperthyreose und Sympathikotonie mäßigen Grades nachgewiesen werden, während im 2. Falle auch akromegaloide Zeichen vorhanden waren. In 4 weiteren Fällen war ebenfalls eine dauernde Erwärmung der Haut als auslösende und eine starke auf den ganzen Körper ausgebreitete Cutis marmorata als disponierende Ursache zu beschuldigen. In einem 7. Falle war die Livedo racemosa mit Erythema induratum Bazin, Tuberkuliden und Lymphoma colli verbunden. Bei einem 8. Falle wurde die netzförmige Hautveränderung durch Lues bedingt, bei einem 9. wurde eine Lungentuberkulose gefunden, und im 10. sowie dem letzten ein Morbus Basedow. Die netzförmige Zeichnung von Entzündungen kommt dadurch zustande, daß der pathogene Faktor vorzüglich jene Teile der Haut angreift, welche den lividen Stellen der Cutis marmorata entsprechen. Sowohl äußere als innere Krankheiten sind hierzu befähigt. Von diesen sind bisher lange fortgesetzte und wiederholte Hitzeeinwirkungen und von letzteren Syphilis und Tuberkulose mit Sicherheit festgestellt.

Über merkurielle Dermatosen; klinische, histologische und experimentelle Studien, von Johan Almkvist. S. 342—407. Die Quecksilberexantheme der Haut zeigen große Mannigfaltigkeit der Form und des Verlaufs. Der Verf. teilt sie ein in ein Exanthema mercuriale simplex und ein Exanthema mercuriale complicatum seu infectum; 38 Beispiele. Zur Anwendung kam in wenigen Fällen Quecksilbersalbe, in den meisten intramuskuläre Injektionen hauptsächlich mit Hydr. sal., seltener mit Ol. cinereum. Die Exantheme traten nach 24 Stunden oder in einigen Tagen ein, das längste Intervall betrug 39 Tage. Beim Hydr. sal. schwankte die einverleibte Dosis, die zum Exanthem führte, zwischen 0,03—0,7. Die Anfangsformen waren Rötung, Urtikaria und Ödem; besonders häufig begann der Ausschlag an den Extremitäten. Die Ausdehnung war verschieden, nicht selten universell. Außerdem kam es in manchen Fällen zu Blutungen, Pigmentationen, zu Bläschen, Blasen, Pusteln, Infiltraten, ekzematösen Prozessen, Krustenbildung, Schuppung und Hautgangrän. Die Dauer der Exantheme erstreckte sich auf Tage, Wochen oder Monate; der längste Bestand war 4 Monate und 23 Tage. Komplikationen waren Fieber, Exantheme, gastrische, kolitische Symptome, Stomatitis, Angina mercur. und Nephritis. Histologisch ergab sich, daß die Anfangserscheinungen der merkuriellen Dermatose Gefäßdilatation und Transsudation waren; hauptsächlich und konstant die erstere, welche man oft allein antrifft. Beide Erscheinungen sind nicht immer proportional, man kann starke Ödembildung zusammen mit schwacher Gefäßdilatation oder auch das Umgekehrte sehen. Sehr oft trifft man die stärkste Gefäßdilatation in den Spitzen der Kutispapillen. Diese Erscheinungen werden als das erste Stadium der merkuriellen Dermatose bezeichnet. Das zweite Stadium zeigt eine erhebliche Zunahme des Ödems, namentlich in den oberen Kutisschichten. Die Papillen sind verlängert und verbreitert, die Bindegewebsbündel stark auseinandergedrängt, in den Papillenspitzen netzartig. Das Rete Malp. ist durch Schwellung und Vakuolisierung seiner Zellen sowie durch Erweiterung der Saftspalten breiter geworden. Stratum granulosum kaum zu sehen, Hornschicht parakeratotisch. An den Endothelien der papillaren und subpapillaren Gefäße zeigt sich zunächst eine rosenkranzartige Anordnung, später findet man perivaskuläre Zellanhäufung. Sie besteht hauptsächlich aus vermehrten Perithelien, ferner Plasma-, Mast- und eosinophilen Zellen. Die Volumszunahme der Retezapfen beruht nicht nur auf ödematöser Schwellung, sondern auch auf Zellvermehrung (Akanthose). Diese beiden ersten Stadien entsprechen dem Ex. merc. simplex, ein drittes Stadium dem Ex. merc. complicatum seu infectum. Dieses entsteht, sobald eine Bakterienentwicklung samt ihren Folgen hinzutritt. Es kommt zur Bildung mikroskopischer Leukozytenansammlung namentlich unter der Hornschicht, die zur Abstoßung der Hornlamellen und Freilegung des Rete Malp. führen. Man kann noch ein viertes Stadium unterscheiden. Die Leukozytenansammlung geht hierbei in eine richtige Eiterung über, oder sie führt zur Entstehung von Blasen, die groß und pemphigusartig

Digitized by Google

werden. Die Veränderungen an der Haut zeigen große Übereinstimmung mit denjenigen, die sich bei Quecksilbervergiftungen im Magen und Darm finden. Das merkurielle Exanthem und Enanthem sind identische Prozesse. Die Beobachtung, daß Quecksilberwirkung zuerst Gefäßlähmung, Ödem und Zellvermehrung hervorruft und daß erst die hinzutretende Bakterieninvasion Veränderungen von wechselndem Aussehen bedingt, spricht für die Auffassung, daß die merkurielle Idiosynkrasie ihren Sitz in den sympathischen Nerven und ihren Ganglienzellen hat, und zwar in denjenigen Zellen, die zu einem Organ gehören, entweder zentral oder peripher oder an beiden Stellen, da die Idiosynkrasie niemals im ganzen Körper, sondern nur an einem Organ oder sogar nur in einem einzelnen Teile desselben lokalisiert ist. Die therapeutische Nutzanwendung lenkt das Augenmerk auf die Desinfektion der Haut. Als brauchbare Mittel werden Ichthyol und Pyroleum litanthracis erwähnt.

Über Lupus erythematodes, von S. Ehrmann und Fritz Falkenstein, II. Derm. Abt. Wiener allg. Krkh. S. 408—506. Die bisher in der Literatur mitgeteilten Fälle von Lupus erythematodes acutus werden um sechs weitere vermehrt. Von den 47 Frauen und 12 Männern, welche an Lupus erythematodes acutus litten, betrug das Alter 15 bis 56 Jahre; die meisten waren Städter; ihr Beruf spielte keine Rolle; die Dauer der Krankheit betrug 1 Woche bis 2 Jahre und die Mortalität 57,1%. Die klinischen, die Organ- und Sektionsbefunde ergaben in allen sechs Fällen nachweisliche Tuberkulose. Der Lupus erythematodes acutus wird für eine Tuberkelbazillensepsis erklärt, die im Gegensatz zur Miliartuberkulose steht; während es bei dieser zur Abwehrreaktion des Körpers kommt, die sich in der Entwicklung von Tuberkelknötchen äußert, fehlt es beim Lupus erythematodes acutus an entsprechender Allergie. Die Fälle von Lupus erythematodes cum exacerbatione acuta werden um vier neue bereichert. Bei dieser Art von Fällen überwiegt ebenfalls die Beteiligung des weiblichen Geschlechts. Das Alter schwankt zwischen 13—66 Jahren. Auch hier sind Städter mehr als Landleute betroffen. Die Krankheitsdauer des chronischen Leidens bestand zwischen 1 und 15 Jahren. Die Exazerbation währte von 1 Monat bis zu $2^1/_2$ Jahren. Die Mortalität wurde in 33,9% nachgewiesen. Die Ursachen des Akutwerdens waren lokal-äußerlich: Einwirkung von Quecksilberpflaster, Belichtungen, Erfrierungen oder Holländer-, Salvarsan-, Mirionkuren oder Traumen oder physiologische Zustände wie Schwangerschaften oder das Auftreten von tuberkulösen Organerkrankungen (Orchitis, Pleuritis, Apizitis). Den letzeren entsprechend wirkten Tuberkulinimpfungen (Injektionen, Pirquet). Es sind dieselben Ursachen, welche auch bei der rein akuten Form provokatorisch wirken. In allen akuten Fällen läßt sich bei genauer Untersuchung ein rezenter Tuberkuloseherd nachweisen. Die Therapie der akuten Formen besteht in der Vermeidung aller Reize durch äußere oder innere Therapie. Für das Stadium der Rötung und Schwellung werden Dunstumschläge mit 3%iger Borlösung empfohlen, nach Abklingen desselben Alkohol. Vom Lupus erythematodes chronicus werden einige Krankenberichte mitgeteilt, die bemerkenswerte Formen zeigen. Im ersten wurden quaddelförmige Erytheme beobachtet, die nach Ablauf vom Zentrum aus wieder entstehen, dann sich ausbreitend wieder die Grenzen der alten Flächen erreichen. Bei einem anderen Pat. nahm der Lupus erythematodes die Form scharf umschriebener Tumoren an. In drei Fällen war die Veränderung an den Augenlidern anzutreffen, so daß die Diagnose zwischen Lupus erythematodes und Blepharitis schwanken konnte. Schließlich drei Fälle, bei welchen der Lupus erythematodes an den Händen seinen Sitz hatte. Bei niederer Temperatur und unter Einwirkung von Amylnitrit zeigte sich eine reichlichere Versorgung der Haut mit Blut, eine Erscheinung, die man auch beim Chilblainlupus bemerkte. Im anderen Falle handelte es sich um einen mutilierenden Lupus erythematodes, und im dritten war eine Komplikation mit Raynaudscher Krankheit vorhanden. Der chronische Lupus erythematodes tritt bei weitem häufiger in Beobachtung als der akute. Auch hier ist die städtische Bevölkerung stärker als die ländliche befallen. Das Alter der Kranken schwankt zwischen 8—73 Jahren. Unter 126 Fällen von Lupus erythematodes chronicus wurde in 98% der Individuen sichere Tuberkulose im besonderen durch das Röntgenbild nachgewiesen. Die Entstehung des Hautprozesses ist hämatogen, höchstwahrscheinlich entstammen die weit abgebauten Tuberkelbazillen den Drüsen. Von hier werden sie durch die Zirkulation ausgeschwemmt und in der Haut abgelagert.

H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Archives of Dermatology and Syphilology.

November 1922, Bd. 6, H. 5.

Über experimentelle Jod- und Bromausschläge (A Preliminary Study of the Experimental Aspects of Jodid and Bromid Exanthems), von U. J. Wile, C. S. Wright und N. R. Smith-Ann-Arbor, Mich. S. 529—541. Die Pusteln der sogenannten Jod- und Bromakne sind nicht steril. Deswegen können Bakterien nicht als ein Faktor ausgeschaltet werden, der möglicher- und wahrscheinlicherweise eine untergeordnete Rolle bei der Erzeugung solcher Stellen spielt. Daß sie nicht a priori in Frage kommen, wird zweifelsfrei durch die Tatsache dargetan, daß bestimmte Formen, wenigstens von den Hauterscheinungen, die nach Genuß dieser Arzneien entstehen, nicht in Pustelform auftreten: die erythematösen, urtikariellen und rein blasenartigen Formen können keinesfalls mit einer Ursache bakterieller Art in Zusammenhang gebracht werden. Jod und Brom tritt nach innerlichem Genuß in den Körperflüssigkeiten auf, aber nicht in dem eitrigen Inhalt der akneförmigen Ausschlagsstellen. Ihr leichter Nachweis im Schweiß und ihr Vorkommen in höchster Konzentration im Blutserum spricht zweifellos dafür, daß sie anfänglich in den örtlichen Erscheinungen, bevor sie infiziert sind, vorkommen. Die örtliche Erscheinung der Jod- und Bromdermatitis wird nicht einfach mit Gründen bakterieller oder chemischer Art erklärt; als letzte Erklärung kommt wahrscheinlich eine zusammengesetzte biochemische Reaktion in Frage. Indessen ist die Einordnung von solchen Hautveränderungen in echte Anaphylaxie- oder Allergieerscheinungen nach dem jetzigen Stande unseres Wissens noch nicht gerechtfertigt.

Arzneiausschläge vom klinischen Standpunkt mit besonderer Berücksichtigung der neueren Mittel (Drug Eruptions from the Clinical Aspect with Special Reference to the Recent Medicaments), von F. Wise-New York und H. J. Parkhurst-Toledo, Ohio. S. 542—564. Es werden besprochen die Nebenwirkungen, insbesondere die Hauterscheinungen, die bei Genuß von Veronal, Medinal, Adalin, Bromural, Luminal, Atophan, Pyramidon usw. auftreten, sowie besonders ausführlich der Arsendermatosen einschließlich des Salvarsans.

Gewerbedermatitis im General-Hospital von Massachusetts (Industrial Dermatitis at the Massachusetts General Hospital), von C. G. Lane-Boston. S. 565—575. Weist auf die große Zahl und Bedeutung der Gewerbedermatitiden hin und tritt für gründlichere Erforschung derselben ein.

Prokaindermatitis unter Zahnärzten (Procain Dermatitis among Dentists), von H. K. Gaskill-Philadelphia. S. 576—583. Zusammenstellung von Fällen, worin das Prokain als ursächliches schädigendes Agens angesprochen, aber zum Teil zu Unrecht beschuldigt war. Das Prokaindermatitis-Problem ist schon mehrfach in dieser Zeitschrift behandelt worden.

Intramuskuläre Einspritzung von Terpentin bei der Behandlung von Hautleiden (Intramuskular Injection of Terpentine in the Treatment of Diseases of the Skin), von O. L. Levin und E. Rose-New York. S. 584—590. Bringt nichts Neues.

Ein Lichen-planus-Ausschlag nach Salvarsan (A Lichen Planus Eruption after Arsphenamin), von L. K. Mc Cafferty-New York. S. 591—598. Literaturübersicht und Beschreibung eines eindeutigen Falles.

Vielfache gutartige neubildungartige Geschwülste vom Schweninger-Buzzi-Typ (Multiple Benign Tumor-Like Growths of Schweninger and Buzzi), von S. E. Sweitzer-Minneapolis. S. 599—606. Literaturübersicht und Bericht eines einschlägigen Falles nach Schweninger und Buzzi (veröffentlicht im Internationalen Atlas seltener Hautkrankh., 1891, Teil 5, Tafel 15). Crocker in seinen „Diseases of the Skin", 3. Aufl., Philadelphia 1903, S. 702, hat eine vortreffliche Beschreibung geliefert.

Der gegenwärtige Stand der Lepra auf den Hawaii-Inseln (The Present Status of Leprosy in Hawaiian Islands), von W. Th. Corlett-Cleveland. S. 607—618. Bei der starken Verbreitung der Lepra — besonders unter den Knaben im Schulalter — wäre es angebracht, wenn die Bekämpfung planmäßiger geschähe, zumal da in den Äthylestern des Chaulmoograöls ein gutes Heilmittel vorhanden ist.

Die Anwendung des ultravioletten Lichtes beim Erythema induratum (The Use of Ultraviolet Light in Erythema Induratum), von E. L. Oliver-Boston. S. 619—622. Berichtet über vorzügliche Erfolge.

Digitized by Google

Dezember 1922, Bd. 6, H. 6.

Das Vorherrschen der Framboesia tropica (Yaws) in den Vereinigten Staaten (The Prevalence of Yaws — Frambesia Tropica — in the United States), von H. Fox-New York. S. 657—674. Das Leiden ist zur Zeit selten in den Vereinigten Staaten und wohl meist eingeschleppt, da es eine ausgesprochene Tropenkrankheit ist. Immerhin liegt die Möglichkeit vor, daß Verwechslungen mit Lues vorkommen. Von dieser unterscheidet sie sich dadurch, daß sie leichter verläuft, nicht das Zentralnervensystem und die inneren Organe (im allgemeinen) befällt und nicht kongenital übertragen wird, ferner weit leichter der Arsphenaminbehandlung zugänglich ist.

Erosio interdigitalis blastomycetica, von J. H. Mitchel-Chicago. S. 675—689. Statt der von Fabry (M. m. W., 1917, Nr. 48, S. 1557) eingeführten Bezeichnung „blastomycetica" schlägt Verf. vor zu sagen: „saccharo-mycetica".

Bösartige Endotheliome mit Hautbeteiligung. Eine klinische und histopathologische Arbeit mit einem Bericht über drei Fälle (Malignant Endotheliomas with Cutaneous Involvement. A Clinical and Histopathologic Study with a Report of three Cases), von G. J. Busman-Rochester, Minn. S. 680—700. Mit Abbildungen und Literaturübersicht. Die beschriebenen Fälle bestätigen die Lehre, daß bösartige Endotheliome in der Tat eine Sondergruppe in der Pathologie bilden. Die Behandlung besteht in radikalem chirurgischem Vorgehen mit nachfolgender Bestrahlung.

Melanoblastom des Nagelbettes (Melanoblastoma of the Nail-Bed — Melanotic Whitlow), von A. E. Hertzler-Halstead, Kan. S. 701—708. Verf. berichtet über zwei Fälle dieser seltenen Krankheit und stellt 15 aus der Literatur zusammen. Der Daumen ist häufiger befallen als die anderen Finger. Oft scheint ein Trauma vorausgegangen zu sein. Die Prognose ist, sofern nicht rechtzeitig amputiert wird, infaust.

Die Kolmersche Modifikation der Wassermannschen Reaktion. Ein Bericht über ihre Erprobung bei einer Reihe von 1014 Seren (The Kolmer Modification of the Wassermann Reaction. A Report of its Trial in a Series of One Thousand and Fourteen Serum), von R. A. Killduffe-Pittsburgh. S. 709—729. Wärmste Empfehlung der Methode.

Die Spezifität cholesterinisierter Antigene in der serologischen Syphilisdiagnose. Zweite Mitteilung (The Specifity of Cholesterinized Antigens in the Serologie Diagnosis of Syphilis. Second Communication), von R. A. Killduffe-Pittsburgh. S. 730—738. Die Cholesterin-Plus-Reaktion ist meistens spezifisch.

Erfahrung mit der Kolmerschen quantitativen Komplementbindungsreaktion bei Syphilis (Experience with the Kolmer Quantitative Complement Fixation Test for Syphilis), von L. J. Palmer und W. E. Gibb-Seattle. S. 739—745. Die neue Methode ist in jeder Beziehung unseren alten Methoden überlegen.

Chemotherapeutische Arbeiten über Pilzinfektionen. 1. Die pilzhemmende und pilztötende Leistungsfähigkeit von verschiedenen Farben und Arzneien (Studies in the Chemotherapy of Fungus Infections. 1. The Fungistatic and Fungicidal Activity of Various Dyes and Medicaments), von J. F. Schamberg und J. A. Kolmer-Philadelphia. S. 746—756. Laboratoriumsversuche, die nicht ohne weiteres klinisch zu verwerten sind.

Impfung, Selbstimpfung und Komplementbindungsreaktionen bei Pompholyx (Tilbury Fox) (Inoculation, Autoinoculation and Complement Fixation Tests on Pompholyx [Tilbury Fox]), von S. S. Greenbaum-Philadelphia. S. 757—760. Die Ursache des eigentlichen Pompholyx ist unbekannt. Dagegen gibt es pompholyxähnliche Dermatosen, die mykotischen oder sekundär-kokkogenen Ursprungs sind.

Ein Beitrag zur Behandlung der Pilzerkrankung der Füße (A Contribution to the Treatment of Phytosis of the Feet), von M. B. Hutchins-Atlanta. S. 761—769. Dieses nicht sehr kontagiöse, aber häufig sehr hartnäckige Leiden wird am besten mit Acid. salicyl. behandelt.

Vergleichende Arbeit über die Kahn- und Wassermann-Reaktionen bei Syphilis (Comparative Study of the Kahn and Wassermann Reaction for Syphilis), von S. Ide und G. J. Smith-Ann Arbor, Mich. S. 770—771. Während die Kahnsche der Wassermannschen Methode bei Untersuchung der Blutseren gleichwertig ist, kann sie die letztere bei der Untersuchung der Spinalflüssigkeit nicht ersetzen.

E. Ahrens-Hamburg.

Digitized by Google

Januar 1923, Bd. 7, H. 1.

Experimentelle Arbeit über einen pathogenen, säurefesten Aktinomyzeten (Nocardia) (Experimental Study of a Pathogenic Acidfast Actinomycete [Nocardia]), von D. J. Davis und O. Garcia-Chicago. S. 1—13. Verff. beschreiben einen Strahlenpilz, der in subkutanen Abszessen an den Extremitäten einer 55jähr. Frau gefunden wurde. Diese Aktinomyzesart ist säurefest und pathogen für Kaninchen, Ratten, Meerschweinchen und Mäuse. Der Organextrakt des Pilzes ist gramnegativ und nicht säurefest; die extrahierte Fettsubstanz aber grampositiv und säurefest. Bei Kaninchen erzeugt intravenöse Injektion des Organextraktes typische Tuberkel in den Lungen, die charakteristische Strahlenkörper enthalten. Für die Diagnose des Pilzes, der in die Nokardia-Gruppe gehört, können in flüssigen Medien konidienähnliche Gebilde von Bedeutung sein. Verff. sind bei solchen Aktinomyzesarten gegen das Antiforminverfahren.

Beitrag zur Salvarsandermatitis mit besonderer Berücksichtigung ihres Einflusses auf die Herd- und die interkurrente Infektion (Contributory Factors in Postarsphenamin-Dermatitis with Special Reference to the Influence of Focal and Intercurrent Infection), von J. H. Stokes und E. P. Cathcart-Rochester. S. 14—49. Unter 44000 Injektionen von Salvarsan kam 38mal Dermatitis vor. Klinisch läßt sich kein Beweis dafür finden, daß eine Arsenretention in der Niere sowie bei Hg die Ursache für die Salvarsandermatitis ist. In einer so großen Anzahl der Fälle entwickelt sie sich auf dem Boden einer chronischen Herdinfektion oder einer akuten prodromalen oder interkurrenten Infektion. In einem Falle entwickelte sich eine sehr schwere Dermatitis, die sich sofort nach Exstirpation eines septischen Infektionsherdes zurückbildete. Auf Grund ihrer Beobachtungen stellen die Verff. eine Theorie auf der Entstehung der Salvarsandermatitis auf Grund einer allergischen Unbeständigkeit oder Idiosynkrasie, hervorgerufen entweder durch kolloidale Veränderungen infolge der Salvarsaninjektion oder durch chronische oder plötzliche Absorption eines bakteriellen Proteinkörpers von einer akuten oder Herdinfektion her.

Kinderekzem und Stuhluntersuchung (Infantile Eczema and Examination of the Stools), von C. J. White-Boston. S. 50—62. 21 Fälle, bei denen Stuhluntersuchungen vorgenommen wurden. Das Ergebnis war bei 60% übermäßig Fett, bei 40% Stärke, bei 20% Zucker und bei 10% Eiweiß im Stuhl. Richtigstellung der Ernährung brachte ausgezeichneten Erfolg. Da jeder hartnäckige Fall von Kinderekzem von anormalem Stuhl begleitet ist, tritt Verf. im Gegensatz zu den Pädiatern warm für die Stuhluntersuchung solcher Fälle ein.

Die Behandlung der Salvarsanausschläge und einiger anderer Metallvergiftungen (Treatment of Arsphenamin Dermatitis and Certain other Metallic Poisonings), von W. L. Mc Bride und C. C. Dennie-Kansas City. S. 63—76. Besprechung von 5 Fällen von Salvarsanausschlägen und 2 Fällen von Hg-Vergiftung. Verff. ordinieren Natriumsulfat intravenös am 1. Tag 0,3, am 2. 0,45, am 3. 0,6, am 4. 0,9, am 6. 1,2 und am 8. 1,8 g, und ferner per os Sol. Natr. thiosulfat. 15,0/480,0 3mal tägl. 1,0. Diese Therapie kürzt den Verlauf der Arsen- sowie der akuten und chronischen Hg-Vergiftung sehr schnell ab. Das reine Natriumthiosulfat ist bis zur Dosis von 2 g nicht toxisch.

Zur genaueren Klassifizierung der gewerblichen Hautkrankheiten (A Brief for the More Accurate Classification of Industrial Skin Disease), von C. G. Lane-Boston. S. 77—80. Verf. tritt dafür ein, generell gewerbliche Hautkrankheiten zu bezeichnen mit dem Ausdruck „Dermatosis industrialis", und dazu als Zusatz zu setzen: 1. den Typus der jeweiligen Effloreszenzen und 2. die Ursache; falls diese nicht bekannt ist, das Gewerbe.

Dermatitis venenata. Eine Studie der tropischen, Dermatitis hervorrufenden Pflanzen (Dermatitis Venenata. A Study of the Tropical Plants Producing Dermatitis), von V. Pardo-Castello-Havanna. S. 81—90. Auf den Antillen gibt es mehr als 40 Pflanzenarten, hauptsächlich aus den Familien der Anakardiazeen, Leguminosen, Euphorbiazeen und Urtikazeen, die Hauterkrankungen vom Erythem und Pruritus angefangen bis zur stärksten bullösen Dermatitis hervorrufen können. Diese Dermatitiden entstehen bei Berührung mit dem Milchsaft oder mit den Haaren der Pflanzen, nicht nur durch den mechanischen, sondern auch durch den chemischen Reiz eines Pflanzenöles. Die Aufnahme per os gewisser pflanzlicher Teile, z. B. der Früchte von Comocladia dentata, scheint Immunität zu erzeugen. Die Diagnose ist oft nur möglich durch die Kenntnis der auf der Haut gefundenen Pflanzenhaare.

Digitized by Google

Lackdermatitis (Lacquer Dermatitis), von W. A. Pusey-Chicago. S. 91—92. Beschreibung eines Falles von Lackdermatitis bei einem Händler, der lackierte Rohrstöcke verkaufte und eine papulo-vesikulöse Dermatitis der Vorderarme und Hände bekam. Der Lack stammte von der japanischen Rhus vernicifera.

Über den Widerstand des Haares gewissen Haarwuchsreizmittel gegenüber (The Resistance of Hair to Certain Supposed Growth Stimulants), von M. Trotter-St. Louis. S. 93—98. Verf. hat Beobachtungen über das Haarwachstum bei 10 gesunden Menschen (8 Frauen, 2 Männer) angestellt. Er fand an den verschiedenen Körpergegenden ein verschieden starkes Haarwachstum; ferner keine Beeinflussung des Haarwachstums durch Petroleum, Sonnenbestrahlung und Haarschneiden.

Bericht des Statistischen Ausschusses der Amerikanischen Dermatologischen Gesellschaft über das Jahr 1921 (Report of the Comittee on Statistics of the American Dermatological Association for the Year 1921), von S. Pollitzer-New York. S. 99—102. Die Statistik betrifft nur gewisse Hautkrankheiten; bindende Schlüsse lassen sich aus ihr wegen Unvollständigkeit nicht ziehen. Die Zahl der frischen Luesinfektionen scheint abgenommen zu haben. Ein Todesfall nach Salvarsaninjektion (exfoliative Dermatitis) wird berichtet.

Februar 1923, Bd. 7, H. 2.

Hydroa vacciniforme s. aestivale, von F. G. Senear und H. W. Fink-Illinois. S. 145—162. Nach einem geschichtlichen Überblick werden 80 Fälle der Literatur, darunter zwei eigene Beobachtungen besprochen.

Pityriasis rosea, von W. J. Highman und R. H. Rulison-New York. S. 163—175. Das wohlcharakterisierte Krankheitsbild wird wahrscheinlich durch eine Infektion von außen hervorgerufen. Die Krankheit verläuft epidemisch, im dortigen Klima besonders im März. Juckreiz, oft sehr stark, ist das einzige subjektive Symptom. Es besteht keine Beziehung zu irgend einer anderen ähnlichen Erkrankung. In der Diskussion erwähnt H. H. Hazen-Washington, daß daselbst Rezidive, ferner 2 Fälle mit Affektion der Schleimhaut und bei fast allen Fällen eine leichte Tonsillitis beobachtet wurde. W. T. Corlett-Cleveland berichtet über negative bakteriologische Untersuchungen und negative Impfversuche.

Leukämie der Haut (Myeloid Leucaemia of the Skin), von L. W. Ketron und L. N. Gay-Baltimore. S. 176—194. Eine 62jähr. Frau bekam einen Ausschlag von bläulichroten Knötchen, beginnend an den Interkostalsäumen und nach 2 Monaten auf den ganzen Köper übergehend. Dabei bestand Leber- und Milzvergrößerung. Das Blutbild ergab sekundäre Anämie. Die Knötchen verschwanden allmählich unter Hinterlassung weißer Flecke. 3 Monate nach der ersten Eruption erfolgte eine zweite stärkere über den ganzen Körper mit Fieber, allgemeiner Schwäche, Leber- und Milzvergrößerung. Das Blutbild zeigte eine myeloische Leukämie. 4 Wochen später Exitus. Wie aus guten Abbildungen ersichtlich ist, besteht eine Infiltration der Kutis und Subkutis mit Lymphozyten, Myelozyten, großen Phagozyten und degenerierten eosinophilen Zellen. Die Oxydase-Reaktion war bei der 1. Eruption negativ, bei der 2. positiv. Die Leukämie ist als maligne Neubildung anzusehen.

Pityriasis rubra pilaris — familiärer Typus (Pityriasis Rubra Pilaris — Familial Type), von E. P. Zeisler-Chicago. S. 195—208. Bericht über 4 Fälle in einer Familie. Die Erkrankung besteht bei dem 46jähr. Vater, den Töchtern von 14 und 16 Jahren, sowie bei dem 12jähr. Sohn seit früher Kindheit. Die Erkrankung kann hereditär sein. Dieser familiäre Typus nimmt einen milden Verlauf, beginnt in frühester Jugend und verläuft oft atypisch, psoriasiform. Die Erkrankung ist gelegentlich mit Störungen im endokrinen System verbunden. Zu Tuberkulose besteht keine Beziehung. Als beste Therapie wird Thyreoidea-Extrakt empfohlen.

Experimentelle Erzeugung von Paraffinöl-Tumoren auf Affen (Experimental Production of Paraffin Oil Tumors in Monkeys), von F. D. Weidmann und M. S. Jefferies-Philadelphia. S. 209—222. Auf Grund von sehr interessanten Tierversuchen an Affen und Meerschweinchen, die durch Abbildungen erläutert werden, warnt Verf. vor subkutaner und intramuskulärer Paraffinölinjektion mit Rücksicht auf etwa später sich entwickelnde Tumoren. Die Tumorbildung ist nicht von der Technik der Injektion, sondern von individueller Disposition abhängig. Deswegen sollte mineralisches Öl als Vehikel überhaupt nicht mehr benutzt werden. Die Paraffinöl-Tumoren verursachen Metastasen in den regionären Lymphdrüsen und täuschen dadurch Tuberkulose und maligne Neubildungen

Digitized by Google

vor. Histologisch besteht das Bild des Paraffinoms. Olivenöl ist beim Gebrauch unschädlich. Durch Paraffinöl kann auch Embolie im Lymphgefäßsystem eintreten.

Tumorbildung nach Injektion von Hg salicylicum in Pflanzenölsuspension (Tumor Formation after Injection of Mercuric Salicylate in Vegetable Oil), von J. C. Sutton-Anaheim. S. 223—225. Beschreibung eines Luesfalles, der acht Injektionen Hg salicyl in Leinölsuspension erhalten hatte und nach der 6. Injektion in der Gegend der glutäalen Einstichstellen Tumorbildung bekam. Die Injektionen waren in der oberen Hälfte der Glutäen gemacht; nach dem Röntgenbild waren die Suspensionen des Hg scheinbar dem Gesetz der Schwere folgend entlang der Glutäalfaszie abwärts gesunken.

Sporotrichosis, von E. D. Crutchfield-Galveston. S. 226—233. Bericht über 2 Fälle der in Texas seltenen Affektion. Sie betrafen eine 26jähr. Frau und einen 40jähr. Mann, die beide viel mit Hunden umgingen. Typischer Verlauf an den Beugeseiten der Arme entlang der Lymphbahnen. Heilung durch Jodkalium.

U. Greif-Leipzig.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Januar 1923, Nr. 1.

Sklerom der Erwachsenen und Syphilis (Beitrag zum Studium der angioneurotrophischen Störungen des endokrinen Systems syphilitischen Ursprungs) (Sclérème des adultes et syphilis [contribution à l'étude des endocrinides angio-neuro-trophiques d'origine syphilitique]), von C. Audry und L. Chatellier. S. 1—8. Beschreibung zweier Fälle von allgemeiner Sklerodermie, ein 18jähriges Mädchen und eine 40jährige Frau. Beide hatten eine positive WR, letztere auch eine positive WR im Liquor cerebrospinalis. Verff. sind der Ansicht, daß, falls weitere Fälle von Sklerodermie eine positive WR ergeben, der Syphilis in der Ätiologie dieser Erkrankung die Hauptrolle zufällt.

Die verschiedenen Pilzerkrankungen auf dem behaarten Kopf, die von 1919 bis 1922 in Bordeaux beobachtet wurden (Les variétés de teignes du cuir chevelu observées à Bordeaux de 1919 à 1922), von G. Petges und P. Joulia. S. 9. Die Verff. beobachteten unter 176 Fällen: Microsporon Audouini 112, Trichophyton violaceum 32, Trichophyton crateriforme 1, Trichophyton gypseum asteroides 1, Achorion Schönleinii 30.

Über die Natur des Ekzems. Experimentelle Untersuchungen. Hypersensibilität, Idiosynkrasie und Hautanaphylaxie bei Ekzematikern. I. Teil (De la nature de l'eczéma. Recherches expérimentales. Hypersensibilité, idiosyncrasie et anaphylaxie cutanées chez les eczémateux), von H. Jaeger-Zürich. S. 10—34. Einleitend weist Verf. auf die Schwierigkeiten der Definition und Begrenzung des Ekzems hin. Von seinen Untersuchungen sind ausgeschlossen das Eczema marginatum und die Epidermomykosen. Er erwähnt die Schwierigkeit der Unterscheidung der artifiziellen Dermatitiden von den rein chronischen Ekzemen, da zwischen ihnen zahlreiche Übergänge bestehen. Die neueste Ansicht der meisten Dermatologen über das Ekzem ist die, es als eine Art Hautreaktion zu betrachten. In ätiologischer Beziehung werden damit zwei Fragen aufgeworfen: 1. die nach gelegentlichen äußeren Ursachen und 2. die nach inneren. Diese können aber nur auslösenden Charakters sein. Die fundamentale Ursache des Ekzems besteht zweifelsohne in einer gewissen individuellen Prädisposition und wahrscheinlich nicht in einer humoralen Diathese, sondern einer „diathèse cutanée, cellulaire". Die Vermutung, daß die Prädisposition in einer Hypersensibilität der Haut bestehen möchte, hat Verf. veranlaßt, nach dieser Richtung hin experimentelle Forschungen anzustellen. Er benutzt dazu 4%ige Formollösung, Terpentinöl und Arnikatinktur. Es wurden Leinwandläppchen von 1,5 cm im Geviert mit den Flüssigkeiten getränkt, auf die Haut des Oberarms gelegt, luftdicht abgeschlossen und nach 24 Stunden wieder entfernt. Die Reaktion teilte Verf. in fünf Grade: leichtes Erythem, Erythem mit geringer Schwellung, miliare Bläschen, intensive Blasenbildung, Nässen der Stelle. Es folgen dann die Ergebnisse an 77 Kranken, die wiederum in Tabellen zusammengefaßt werden. Gleiche Versuche wurden in Fällen von seborrhoischem Ekzem, Lichen Vidal und zur Kontrolle bei Nichtekzematösen angestellt. Auch hier sind die Ergebnisse tabellarisch zusammengestellt. Forts. folgt.

Zwei Fälle und einige Betrachtungen über die pathologische Anatomie und die Pathogenese der generalisierten Argyrie (Deux cas et quelques considérations sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de l'argyrie généralisée), von G. Maranon-

Digitized by Google

Madrid. S. 35—44. (3 Abb.) Verf. macht auf die Tatsache aufmerksam, daß nicht jeder, der beruflich oder zu therapeutischen Zwecken mit Silbersalzen in Berührung kommt, eine Argyrie erwirbt. Vielmehr sind dazu noch besondere Bedingungen notwendig, die allerdings noch der Erforschung harren. Auch findet die Ablagerung nur in bestimmten Geweben statt. Bevorzugt sind: 1. die Lederhaut, besonders in den Zwischenräumen der elastischen Fasern, das Bindegewebe der Talg- und Schweißdrüsen, die Muskelfasern der mittleren Arterien und Venen, 2. die Schleimhäute des Rachens, Magens und Dickdarms, 3. das interstitielle Gewebe der Leber, die Nierenglomeruli, die Mesenterialdrüsen und der Plexus chorioideus. In differentialdiagnostischer Hinsicht ist häufig die Verwechslung mit Addisonkrankheit. Doch ist bei der Argyrie die Pigmentierung an den dem Licht ausgesetzten Stellen besonders ausgesprochen, was bei der Bronzehautkrankheit nicht zutrifft. Die hier beschriebenen Fälle verdienen insofern besondere Beachtung, als sie trotz der kleinen eingenommenen Menge von Silberpräparaten eine allgemeine Argyrie zeigten. F. Quasig-Hamburg.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

März 1923.

Die Pathogenese der Xanthomatosis, mit Bericht über einen Fall (The Pathogenesis of Xanthomatosis with Report of a Case), von G. A. Harrison-London. S. 81—92. 62jähr. Frau, die an beiden Ellenbogen die gelblichen Knoten aufwies. Xanthomatosis ist wahrscheinlich primär von Hypercholesterolämie und sekundär von lokalem Trauma, lokaler Blutzufuhr usw. abhängig. Diese Hypercholesterolämie ist Teilerscheinung einer Störung des Fettstoffwechsels, welche durch Erkrankung des Pankreas verursacht ist.

Bogenlichtbäder bei der Behandlung des Lupus vulgaris (Carbon-Arc Light Baths in the Treatment of Lupus vulgaris), von J. H. Sequeira. S. 93. S. machte die Erfahrung, daß mit der lokalen Finsenbehandlung etwa 70% der Fälle von Lupus vulgaris geheilt werden, daß weitere 11% gelegentlich Rezidive von unbedeutender Ausdehnung bekommen und dann erneute Behandlung, wenn auch für relativ kurze Zeit, benötigen und eine Restanzahl von Fällen zwar Besserung erfahren, aber niemals von der Krankheit vollständig befreit werden. Für diese letzteren Fälle erwiesen sich die Bogenlichtbäder (mit 50 Ampère), bei welchen es möglich ist, gleichzeitig 8 Pat. der Lichteinwirkung zu unterziehen, als sehr zweckmäßig. Der Einfluß derselben bestand in ausgedehnter Pigmentierung der ganzen Hautfläche, rascher Heilung speziell nässender Veränderungen, Zunahme des Körpergewichts, Besserung des Allgemeinzustandes — verdrossene, apathische Kinder wurden lebhaft und lernbegierig — und in einigen Fällen Zunahme der Leukozyten.

Mangan als chemotherapeutisches Mittel (Manganese as a Chemo-therapeutic Agent), von J. E. R. Mc Donagh. S. 98. Die metallischen chemotherapeutischen Mittel wirken als oxydierende Substanzen, besonders Mangan und Eisen. 1917 wurde kolloidales Mangan zuerst eingeführt. Die Metallpräparate wirken als Elektrizitätsleiter (Konduktoren) und nichtmetallische als Kondensatoren. Alle Mikroorganismen verhalten sich als Kondensatoren, wenn sie an dem Wirte Fuß gefaßt haben, sie berauben die Proteinteilchen eines Teiles ihrer negativen Elektrizität mit dem Erfolge, daß die letzteren zunehmen und agglutinieren. Der Grad der Kondensation, welcher die Schutzsubstanz trifft, hängt natürlich von der Natur des Parasiten ab. Staphylokokken zählen zu den schwächsten Kondensatoren und die syphilitischen Organismen zu den stärksten. Experimente mit kolloidalem Manganhydroxyd bei Karbunkeln, Geschwüren usw. zeigen, daß der höchste Grad von Zerteilung mit zwei, höchstens drei Injektionen erreicht wird und daß jede darüber hinausgehende Zahl eine Reaktivierung des Krankheitsherdes bewirken kann. Von den Manganzusammensetzungen wurden die Fettsäurepräparate als die wirksamsten Beschleuniger der Gerinnung befunden. Manganbutyrat schien besser zu wirken als die anderen Präparate, und die Erfahrungen mehrerer Monate mit einer 1%igen, intramuskulär injizierten (in Dosen von 1—1,5 ccm) Lösung zeigten Manganbutyrat als das beste Mittel im akuten Stadium der Kokkeninfektionen. Bei Furunkeln, Karbunkeln, Erysipel, Panaritien, Lymphangitis, akuter blennorrhoischer Urethritis, Abszeßbildung und Epidydimitis erwiesen sich zwei Injektionen von Manganbutyrat mit viertägigen Zwischenpausen von größerem Wert als jede andere Behandlungsart. Bei akuter Derma-

Digitized by Google

titis ist Manganbutyrat von großem Nutzen. Bei Tripper verschwindet der Schmerz am Tag nach der ersten Injektion von Manganbutyrat, und eine Woche nach der zweiten Injektion hat der Ausfluß völlig aufgehört, was gleicherweise für männliche wie weibliche Pat. gilt. Zur endgültigen Heilung werden noch einige wenige Vakzineinjektionen ausgeführt. Bei blennorrhoischer Epidydimitis beginnt der Schmerz in weniger als zwölf Stunden nach der ersten Injektion nachzulassen.

Eine Form von Elefantiasis nostras der Vulva. Diffuse bindegewebige Hyperplasie zur Pubertätszeit, wahrscheinlich auf skrofulo-tuberkulöser Basis (One Form of „Elefantiasis nostras" of the Vulva. — Diffuse Connective — Tissue Hyperplasia at Puberty, Probably on a Scrofulo-Tuberculous Basis), von F. P. Weber. S. 106. Pat., ein 23jähr. blasses Mädchen mit den typischen Erscheinungen leichter Mitralstenose und von Chlorose, zeigte hauptsächlich an den großen, aber auch an den kleinen Labien Gewebsverdickung; das linke Labium war enorm — weit mehr als das rechte — verdickt und die Haut über beiden Labia majora rauh und gerunzelt. WR negativ, die Anamnese ergab keinen früheren Rheumatismus, die Pirquetsche Hautreaktion (mit 50%igem Alttuberkulin) positives Resultat, physikalische Erscheinungen inaktiver Lungentuberkulose. Die Elefantiasis vulvae beruht also in diesem Falle auf skrofulo-tuberkulöser Basis. M. Stern-München.

Zeitschrift für Urologie.

1923, Bd. 17, H. 1.

Erfahrungen bei zwei Totalexstirpationen der karzinomatösen Harnblase, von V. Schmieden-Frankfurt a. M. S. 1—4. Verf. beschreibt die Technik seiner Operation.

Melkende Nierenkelche, von M. Westenhöfer-Berlin. S. 5—7. Kurze polemische Bemerkung.

Beitrag zur Klinik und Behandlung der Nephroptose, von S. P. Fedoroff-Petersburg. S. 7—19. Für die Entwicklung der Nephroptose ist eine ganze Kombination von Ursachen — starke Erschütterung, Abschnürung —, vor allem aber Störung des Ernährungszustandes und des regulären Tonus des fibrösen und Muskelgewebes sowie ungenügende Entwicklung des Fixierungsapparates der Niere oder des pararenalen Fettpolsters erforderlich. Am häufigsten senkt sich die Niere nach unten, welche sich der Mittellinie bis zur Wirbelsäule nähern kann, sie kann auch in horizontale Lage kommen, es kann eine Retro- und Anteversion der Niere zustande kommen. Das Nierenparenchym leidet unter Umständen infolge der Dislokation. Die subjektiven Symptome bestehen in Schmerzen, Magendarmstörungen, in abnormen Erscheinungen von seiten der Harnentleerung und Erscheinungen von seiten des Nervensystems. Die Diagnose basiert hauptsächlich auf der palpatorischen Untersuchung, insbesondere der bimanuellen Palpation. Auch durch Röntgenographie kann die Dislokation beim stehenden Pat. festgestellt werden, eventuell durch Pyelo- und Ureterographie. Die Behandlung erfolgt auf chirurgischem Wege. Die besten Methoden der Nephropexie sind diejenigen, bei denen die dekapsulierte Niere nur mittels Kapselnähte fixiert wird, und daß die anatomische Fixierung der Niere sowie die unmittelbaren klinischen Resultate der Nephropexie gegenwärtig als sehr günstig anzusehen sind.

Zur Pyelonephrolithotomie, von Casper-Berlin. Im Gegensatz zur Nephrotomie, die Verf. als die gefährlichste aller Nierenoperationen bezeichnet, übt er insbesondere bei Steineinlagerungen die Pyelonephrolithotomie, die zum Erfolge führt, abgesehen von den Komplikationen, hervorgerufen durch die Lage des Steines mit seinen korallenartigen Ausläufern in die Kelche oder wenn das Nierenbecken vom Nierengewebe größtenteils umlagert ist.

Zur Kasuistik der Blasenfremdkörper, von Willy Hofmann-Frankfurt a. M. Ein Hartgummiansatz bleibt in der Blase zurück. Es bilden sich an den beiden Enden des Ansatzes, der in der Schleimhaut der Blase eingekeilt war, Abszesse, die durch Behandlung von der Blase aus geheilt wurden.

Hämaturie und Appendizitis, von J. S. Stutzin. S. 25. Verf. weist auf den vom Referenten zitierten Fall hin als warnendes Beispiel der Fehldiagnosen. Von den zahlreichen Symptomen ist der Kümmellsche Druckpunkt unterhalb des Nabels bei Appendizitis sehr wertvoll, ebenso die Auslösung von Magenschmerzen und Brechreiz bei Druck rechts und unterhalb des Nabels.

Digitized by Google

Das Hämangiom der Blase, von A. Hübner-Berlin. (Vortrag, gehalten in der Berliner Urologischen Gesellschaft, 4. Juli 1922.) S. 29—32. Bei einer stark blutenden Pat. zeigen sich zystoskopisch blaue ektatische Partien, die sich bucklig und perlschnurartig aus dem Schleimhautniveau hervorheben. Sectio alta und Zerstörung der Knoten. Die histologische Untersuchung ergibt Angiom.

Über Durchwanderungsperitonitis bei Erkrankung der Blase, von J. Bitschai-Berlin. (Vortrag, gehalten in der Berliner Urologischen Gesellschaft, 4. Juli 1922.) S. 32—37. Darunter versteht man eine durch entzündliche Prozesse der Blase bei peripherem Abflußhindernis hervorgerufene biologische Schädigung, daß sie für Mikroben oder Toxine durchlässig wird. An der Hand eines Falles, der während der Behandlung ad exitum kam, und dem Obduktionsbefund bekommen wir ein anschauliches Bild. Von großer Bedeutung für die Diagnose, die an und für sich sehr schwierig und nach der bisherigen Literatur erst am Obduktionstisch festgestellt wurde, kommen in Betracht die Druckschmerzhaftigkeit im rechten Unterbauch neben der Blasengegend und exzessive Druckschmerzhaftigkeit oberhalb der Prostata.

Zur Diagnose und operativen Therapie des Morbus Addisoni, von Herbert Peiper, Chir. Univ.-Kl., Frankfurt a. M. S. 40—49. Verf. sucht die beiden Fragen: Wie ist der Morbus Addison möglichst frühzeitig zu erkennen, und welche operativen Aussichten bieten sich bei nicht zu weit vorgeschrittenen Erkrankungen? zu beantworten. Mit Hilfe der Pneumoradiographie kann die Diagnose gestellt werden, und die Exstirpation der erkrankten, meistenteils tuberkulösen Nebenniere ist für den Pat. von großem Erfolg. Jedenfalls bietet die frühzeitige Operation keine schlechten Chancen.

1923, Bd. 17, H. 2.

Methoden und Erfolge der Totalexstirpation der Blase bei Karzinom, von K. Scheele, Chir. Univ.-Kl., Frankfurt. S. 65—76. Die Indikation zur totalen Blasenexstirpation ist zu stellen bei Karzinom des Blasenhalses oder in dessen nächster Umgebung, bei Rezidiven bösartiger Tumoren, bei Papillomatosis der Blase, die sonst nicht zu bekämpfen ist, bei allen Fällen mit sonst nicht beeinflußbaren Schmerzen und Blasentenesmen, wobei der Allgemeinzustand berücksichtigt werden muß. Als Gegenindikationen sind anzusehen schlechter Allgemeinzustand, Kachexie, Anämie, schwere Pyonephrosen. Die besten Erfolge zeitigten die Einpflanzungen des Ureters in den Dickdarm.

Eine Modifikation meines aseptischen Ureterenkatheterismus auf Grund von experimentellen Erfahrungen, von Miloslika, Chir. Kl., Preßburg. S. 77—81.

Doppelseitige Soorerkrankung des Nierenbeckens bei einem Diabetiker, von Joseph Tannenberg, Path. Inst., Frankfurt. S. 82—105. Bei einem 32jähr. Diabetiker beide Nierenbecken mit Soormassen ausgestopft, so daß schließlich eine Anurie eintrat, die aufhörte nach Abgang eines Ureterenausgusses. Wahrscheinlich sind die Pilzmassen aszendierend in das Nierenbecken gelangt, von dort in das Parenchym und haben typische Veränderungen der Niere veranlaßt, Nekrose des Gewebes. Diese Veränderungen sind als chemisch-toxische Wirkung des Soorpilzes anzusehen, ebenso die Thrombose einer Vena interlobaris mit Zerstörung der Gefäßwand durch Eindringen eines eigenartigen Granulationsgewebes als Wirkung des Soorpilzes. Außerdem findet sich eine eitrige Pyelonephritis in verschiedenen Stadien und eine Hämochromatose mit auffälliger Ablagerung von Eisenpigment in der Umgebung der Pilznekrosen.

Über einen eigenartigen Fall von Sarkom der Prostata, von Italo Bettoni, Virch.-Krankh., Berlin. S. 106—121. Genauer Obduktionsbefund. Mikroskopische Untersuchung der Geschwulstknoten ergibt ein rundzelliges Sarkom mit mächtiger Zellpolymorphie. Auch außerhalb der Bindegewebskapsel Sarkomzellenhaufen, die Samenblasen durchwachsen. Intra vitam absolut keine Symptome seitens des Harnapparates. Auch in den Nieren Knoten mit Sarkomzellen, ebenso Milz. Die Geschwulst der Prostata wird als der primäre Herd betrachtet. Ausführliche Literatur.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

The Urologic and Cutaneous Review.

März 1923, Bd. 27, Nr. 3.

Welche Hautkrankheiten wurden im Mittelalter als kontagiös betrachtet? (What Diseases of the Skin were Regarded as Contagious in the Middle Ages?), von Alfred Martin-Bad Nauheim. Einen Überblick über die als kontagiös betrachteten

Digitized by Google

Krankheiten gewinnt man aus einem Verse von Bernhard Gordon aus dem Jahre 1307. Von Hautkrankheiten finden sich hier: Febris acuta, worunter die mit Geschwüren und Bubonen auftretende Pest verstanden wird; Skabies, jedoch in weiterem Sinne wie heute genommen; Sacer ignis = St. Antonius' Feuer umfaßt Erysipel, phagedänische Geschwüre, progressive Hautgangrän, Lupus, Karzinom, Phlegmonen und Gangrän; Anthrax als Bezeichnung für alle Formen von Furunkeln und Karbunkeln; Lippa = verschiedene mit Absonderungen und Krustenbildung verbundene Augenerkrankungen, darunter Trachom und Conjunctivitis blennorrhoica. Schließlich Lepra, die allein als wirklich der Isolierung bedürftig erkannt wurde.

Pseudofrenulum praeputii, von Moriz Porosz-Budapest. Außer dem Frenulum finden sich bisweilen brückenartige Verbindungen an der Seite oder dem Dorsum der Glans, die sie fixieren und bei der Erektion störend wirken.

Hauterscheinungen infolge von Magen-Darmstörungen (Skin Eruptions from Gastro-Intestinal Disturbances), von August Ravogli-Cincinnati, Ohio. Die Erscheinungen können hervorgerufen werden durch besondere, den Nahrungsmitteln anhaftende Stoffe bzw. durch unverdauliche Stoffe hervorgerufene fermentative Prozesse oder durch Störungen der Umwandlung. Die häufigste Hauterscheinung infolge von Verdauungsstörungen ist die Urtikaria. Als eine Krankheit besonderer Art, auf Verdauungsstörungen beruhend, ist die Dermatitis exfoliativa zu erwähnen, ferner ausgebreitetes Erythem nach Einnehmen von Kreosot. Urtikaria, Pruritus, Erythem können auftreten infolge von Kolitis, besonders der als Colica mucosa bekannten Form.

Die Krankheit der St.-Pauls-Bucht (La Maladie de la baie de St. Paul), von William Renwick Riddell-Toronto, Ontario, Canada. Im Jahre 1770 trat in Canada in Mal Baie (jetzt Murray Bay genannt) eine Krankheit auf, die rapid um sich griff, und deren Beschreibung durchaus an die der ersten Formen des Morbus gallicus von Fracastorius erinnerte. Bemerkenswerterweise hat sie in den von ihr betroffenen Teilen Canadas keine merklichen Spuren hinterlassen.

Chronische Cowperitis, von Harry Cohen und Ralph R. Dourmashkin-New York. Die Infektion der Drüse durch andere Keime als den Gonokokkus ist sehr selten. Die Behandlung besteht in regelmäßiger Massage, und wenn diese versagt, in Exzision.

Die Behandlung der auf kongenitaler Syphilis beruhenden Gelenkaffektionen (The Treatment of Joint Affections Due to Hereditary Syphilis), von E. Ahlswede und W. Busch-Hamburg. In erster Linie wird das Dijodyl empfohlen. Daneben kommt in Fällen zögernder Heilung Kombination mit Wismutpräparaten in Betracht. Die Kuren sind in vierteljährigen Pausen zu wiederholen.

Die Bedeutung der Luetinreaktion für die Verbesserung der Diagnose und Behandlung der Syphilis (The Significance of the Luetin Reaction as Related to a Better Diagnosis and Treatment of Syphilis), von Ferdinand Herb-Chicago, Ill. Die Kutanreaktion mit dem Noguchischen Luetin (Suspension von in Reinkultur gezüchteten Spirochäten) hat trotz ihrer großen Bedeutung nicht die gebührende Beachtung gefunden, scheint sogar in Gefahr zu sein, in Vergessenheit zu geraten, was vielleicht damit zusammenhängt, daß es nicht gelang, die während der verschiedenen Phasen der Reaktion auftretenden biologischen Phänomene aus ihrem mysteriösen Dunkel zu heben und endgültige klinische Schlüsse zu ermöglichen. Die Luetinreaktion ist spezifisch und beweist, daß im Körper aktive Spirochäten vorhanden sind, daß die Zeit des Auftretens der Reaktion und ihre Dauer von der Konzentration der Fermente abhängt, daß die verschiedene Intensität der Reaktion von der wechselnden Menge verwertbaren Komplements abhängt, daß die Reaktion nicht nur die Diagnose der Syphilis stützt, sondern auch als Führer für unser therapeutisches Vorgehen dient. E. Levin-Berlin.

Journal d'urologie.

Dezember 1922, Bd. 14, Nr. 6.

Der Anteil Frankreichs an der Entstehung und den Fortschritten der Urologie (La part de la France dans la génèse et les progrès de l'urologie), von Émile Jeanbran. Gut geschriebene und mit vorzüglichen Bildern ausgestattete historische Übersicht.

Ausscheidung des Phenolsulfophthaleins und Ambardsche Konstante in Beziehung zu kochsalzhaltiger und kochsalzarmer Diät (Élimination de la phénol-

Digitized by Google

sulfophthaléine et constante d'Ambard en rapport avec le régime chloruré et achloruré), von M. Negro und G. Colombet. Nach Zystostomien zwecks Prostatektomie zeigt sich, daß das Phenolsulfophthalein im allgemeinen allmählich reichlicher ausgeschieden wird. Nach Erreichung einer gewissen Höhe bleibt der Wert ziemlich konstant, ganz gleich, ob der Kranke salzfrei ernährt wird oder nicht. Die Ambardsche Konstante dagegen steigt jedesmal bei salzfreier Diät an. Die Phenolsulfophthaleinkurve ist durchaus unabhängig von der Zufuhr und Ausscheidung des Salzes.

Die Behandlung der Hypospadie im Bereich der Eichel (La réparation des hypospadies balaniques), von G. Marion. Verf. hat das Verfahren von Chocholka modifiziert. Er bildet aus der Penishaut einen gestielten Lappen, den er über einem Katheter zu einer Röhre zusammennäht und in einem in der Eichel neu geschaffenen Kanal zur Einheilung bringt. Hilfslängsschnitt auf der Unterseite der Eichel zur besseren Vereinigung der Wundränder. Das Verfahren eignet sich nur für die distalen Hypospadien, weil man sonst entweder sehr große Lappen nehmen müßte, die leicht gangränisieren, und weil die dabei sonst in Betracht kommende Skrotalhaut außerdem durch ihre Haare für die Plastik nicht geeignet ist. E. Sklarz-Berlin.

Acta Dermato-Venerologica.

Bd. 3, H. 1—3.

Weitere Beiträge zur Klinik und Therapie der Audouinischen Mikroskopie (Herpes tonsurans microsporicus und Mikrosporid), von L. Arzt und H. Fuhs, Kl. Riehl Wien. S. 1—20. Ätiologisch konnte für alle Fälle das Mikrosporid Audouini festgestellt werden. Klinisch zwei differente Formen abgrenzbar, die typische Mikrosporie von der atypischen Mikrosporie, welche als inflammierter Herpes tonsurans und als ein dissimiliertes Allgemeinexanthem in Erscheinung tritt.

Haematogenous Infection in Trichphytia, von E. Bruusgaard. S. 21—31. Auf Grund klinischer Beobachtungen wird für jene Fälle, in welchen die akute Entwicklung des Exanthems bei Trychophytie zur Beobachtung gelangt, eine hämatogene Infektion angenommen. Hierfür spricht die symmetrische Dissimination der Herde, die akute Entwicklung des Exanthems und die allgemeine Schwellung des lympho-glandulären Systems. Gestützt wird diese Auffassung durch jene Befunde, in welchen der Autor bei tiefer Trychophytie durch intravenöse Injektion von Trychophytin sowie allgemeine Symptome als auch universelle Dissimination der Herde feststellen konnte.

Die Beziehung zwischen der Stabilität der Blutsuspension und des Körpergewichts während der antisyphilitischen Behandlung (La relation entre la stabilité de suspension du sang et le poids du corps durant le traitement antisyphilitique), von Karl Héden. S. 32—50. Eine umfassende Studie an der Hand von 30 Fällen. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß während der Salvarsantherapie eine Gewichtszunahme besteht und eine Verminderung der SR. Da es sich in der Arbeit vorwiegend um tabellarische Zusammenfassungen statistischen Materials handelt, so verweise ich auf die Originalarbeit.

Über Akanthome der Lippenschleimhaut nebst Bemerkungen über die sogenannte Papillomatosis cutis (Vollmer Fantl), von Arthur Alexander-Charlottenburg. S. 52—62. Beschreibung zweier Fälle gutartiger Akanthome, deren einer primärer, der andere sekundärer Natur ist. Histologisch zeigen die Tumoren nur Akanthose, keinerlei papilläre Abfurchungen und lassen sich sowohl klinisch als auch anatomisch von der durch Fantl beschriebenen Papillomatosis cutis benigna gut abgrenzen.

Über Lupus erythematodes acutus d'emblée, von van der Valk. S. 63—72. Besprechung von Lupus erythematodes acutus, wobei Nephritis und Pneumonie mit beobachtet wurden. Ausführliche Krankengeschichte. Als wesentlich wird in der Arbeit auf den Zusammenhang des Lupus erythematodes acutus und Pediculosis capitis hingewiesen, wofür das häufige Auftreten bei Frauen dem Autor zu sprechen scheint.

Zur Praxis der Wassermannschen und der Sachs-Georgischen Reaktion, von J. Forssman-Lund. S. 73—105. Umfassende vergleichende Untersuchung über beide Reaktionen, deren Ergebnisse im wesentlichen dahin zu fassen wären, daß stets gleichzeitig WR und SGR auszuführen wären und bei der WR zwei Antigene zu verwenden. Es wird auf die Veränderung der Seren bei lang dauernden Versendungen aufmerksam gemacht. Die Entnahme des Blutes soll womöglich kurz vor der Untersuchung gemacht werden.

Digitized by Google

Über merkurielle Dermatosen (Les dermatoses mercurielles. Etudes cliniques, histologiques et expérimentales), von JOHAN ALMKVIST-Stockholm. S. 106—201. Erscheint gleichzeitig im Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 141, H. 3, S. 342—407 (siehe Referat von H. VÖRNER, S. 634).

Über eine seltene angeborene Hautanomalie (Cutis marmorata teleangiectatica congenita), von CATO H. J. VAN LOHUIZEN-Amsterdam. S. 202—211. Bericht über einen Fall bei einem 2 Wochen alten Kind. Die Untersuchung mit dem Kapillarmikroskop stand mit dem makroskopischen Bild im Einklang und ergab nichts Neues. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab dilatierte Gefäße in der Kutis und Subkutis. Das Krankheitsbild rangiert in die Gruppe der Livedo racem. und der Purpura MAJOCCI.

Über pigmentlose Neugeschwülste, von H. T. DEELMAN-Amsterdam. S. 212—224. Bericht über 8 untersuchte Fälle. In allen Fällen handelt es sich um primäre Hautgeschwülste mit sehr polymorphem Bild. Es sind saftige Tumoren, bestehend aus großen polygonalen oder mehr runden Zellen mit klarem flockigem Protoplasma und großen Kernen. Keine Ähnlichkeit mit Basalzellenkarzinom. Ausgedehnte Metastasen. Die vornehmlich anatomisch orientierte Arbeit ist ungeeignet zu einem kurzen Referat.

Erfahrungen mit Chelonin bei Hauttuberkulose, zugleich ein Beitrag zur Therapie mit den Schildkrötentuberkelvakzinen überhaupt, von KAREL HÜBSCHMANN-Prag. S. 225—255. Subkutane Injektionen bedingen eine lokale, an die Stelle der Injektion gebundene Reaktion und eine Herdreaktion. Der Autor beobachtet überraschend gute Wirkungen auch bei schweren Fällen, doch muß die Behandlung vorsichtig gehandhabt werden. Die Wirkung ist vorübergehend, Dauerresultate wurden nicht erzielt. Nur ein Fall von Lupus erythematodes und Lupus ulcerosus zeigten Dauerheilung. Das Chelonin ist kein Spezifikum und soll als Hilfsmittel im Verein mit den übrigen therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung der tuberkulösen Hautaffektionen mit herangezogen werden.

Le traitement de la syphilis par les sels bismuthiques, von L. M. DE BUY WENNIGER-Rotterdam. S. 256—262. Das Trepol stellt ein an die Seite des Quecksilber zu setzendes Antisyphilitikum dar und ist handlicher als die Medikamente der Arsengruppe, wenngleich auch in seinen heilenden Wirkung schwächer. Man beobachtet mitunter bei Trepol ähnliche Intoxikationserscheinungen wie bei den übrigen Antisyphilitika.

Über die Veränderungen des elastischen und des kollagenen Gewebes, von W. L. L. CAROL-Amsterdam. S. 263—273. Seine Untersuchungen führen den Autor zu der Vorstellung, daß das Bindegewebe der Kutis senil und präsenil Veränderungen aufweist, die das kollagene und elastische Gewebe befallen. Dasselbe wird atrophisch und verwandelt sich zuweilen in Hyalin und Kollazin. Postmortal findet sich Basophilie des Bindegewebes. Das elastische Gewebe erfährt quantitative und qualitative Veränderungen. Die elastischen Fasern können basophil werden, welche Basophilie sich kennzeichnet durch Affinität für Hämatein, Safranin und Polychrommethylenblau. Der Kalkgehalt der Arterien nimmt nach dem 40. Lebensjahr plötzlich zu. E. Pulay-Wien.

Annales des Maladies Vénériennes.

1923, Bd. 18, H. 2.

Über die Ausscheidung bestimmter Arsenverbindungen durch den Urin, 2. Mitteilung (Sur l'élimination urinaire de certains composés arsenicaux, deuxième mémoire), von LÉVY-BING und FÉROND-Paris. (S. 97—126.) Versuche mit Eparsen (Aminoarsenophenol), mit Glukarsenan (einem Diglykosid des Salvarsans) und mit Stovarsol (Acid. acetyloxyaminophenylarsenic.). Die intravenöse Verabreichung dieses Mittels hat den Nachteil, daß das Arsen zu schnell ausgeschieden wird und die Durchdringung des Organismus somit ungenügend ist. Etwas besser ist in dieser Hinsicht der intramuskuläre Weg, noch besser die Verabreichung per os, bei der die Ausscheidung gleichmäßig und langsam erfolgt. Ähnliche günstige Resultate gibt nur noch die Einreibung in die Haut. Die fraktionierte Dosis gibt bessere Resultate als die einmalige Volldosis. Praktisch ist wichtig, daß Eparsen und Glukarsenan intravenös nicht anzuwenden sind, weil ihre Ausscheidung zu schnell erfolgt. Intramuskulär können sämtliche Mittel injiziert werden, per os gibt die günstigsten Resultate das Eparsen, in zweiter Linie kommen das Glukarsenan und das Sulfarsenol. Beim Stovarsol ist eine viel höhere Dosis notwendig.

Digitized by Google

Endokrine Störungen und nitritoide Krisen (Troubles endocriniens et crises nitritoides), von Georges Lévy, Juster und Lafont. (S. 127—131.) Der Zusammenhang zwischen nitritoiden Krisen und Störungen im Adrenalinstoffwechsel ist schon lange bekannt. Häufig finden wir aber auch Veränderungen der Schilddrüse bei Kranken, die an nitritoiden Krisen leiden, und zwar von der einfachen Vergrößerung bis zum richtigen Kropf. Weiter sehen wir Störungen des Genitalapparats: bei der Frau sind es Anomalien in der Menstruation, beim Manne — seltener — Frigidität oder völlige Impotenz. Es finden sich endlich zuweilen auch Störungen auf nervösem Gebiet.

Verdeckte chronische Gonorrhoeen und die angeblich nichtgonorrhoischen und abakteriellen Urethritiden (Les blennorrhagies chroniques d'emblée et les prétendues uréthrites non gonococciques et amicrobiennes), von Mouradian-Beirut. (S. 143—152.) Chronisch verlaufende, idiopathische Urethritiden werden oft erst durch eine hinzukommende Komplikation (Orchitis, Zystitis, Artbritis) als gonorrhoisch erkannt. Erläuterung an mehreren Fällen. Bei den scheinbar nichtgonorrhoischen Urethritiden werden zuerst weder mikroskopisch noch kulturell Gonokokken gefunden. Dagegen findet man eine mannigfaltige sekundäre Bakterienflora (Staphylokokken, Streptokokken, grampositive Diplokokken). Diese sind zunächst zu beseitigen — und zwar am schnellsten und sichersten durch eine Autovakzine —, dann wird es fast immer gelingen, Gonokokken kulturell nachzuweisen.

1923, Bd. 18, H. 3.

Die Rolle der Blennorrhoe bei der Entstehung der ankylosierenden Versteifung der Wirbelsäule (Du rôle de la gonorrhée dans l'étiologie de la spondylarthrite ancylosante), von Edwin Ramel-Zürich. (S. 177—214.) Bei der Entstehung dieser Krankheit spielt die Blennorrhoe eine wesentliche Rolle. Diese ist häufig latent und entgeht dadurch zuweilen der Untersuchung. Man wird gut tun, alle zur Verfügung stehenden provozierenden Maßnahmen zu Hilfe zu nehmen, um eine etwaige Blennorrhoe manifest werden zu lassen. Denn die Prognose der Spondylarthritis hängt zum wesentlichen Teil ab von der frühzeitigen und energischen Behandlung. In einem auffallenden Gegensatz steht die Häufigkeit der Blennorrhoe und das seltene Auftreten der Spondylarthritis. Jedenfalls handelt es sich in allen Fällen, bei denen es zu einer spezifischen Erkrankung der Wirbelsäule kommt, um eine besonders hartnäckige und schwere Infektion.

Die Bursitis der Verliebten (L'hygroma des amoureux), von G. Belgodère. (S. 214—216.) Bei einem sehr verliebten Ehemann entstand eine Bursitis olecrani dadurch, daß er gewohnt war, beim Schlafen den Arm unter den Nacken seiner Frau zu legen.

Schankröse Fisteln (Fistules chancrelleuses), von Goubeau. (S. 217.) Heilung durch Injektion von 3 ccm Tetrachlorkohlenstoff in den Fistelgang mit darauffolgender Einspritzung von 2 ccm einer alkoholischen 2%igen Lösung von Natr. arsenicos. mit Zusatz von $^1/_8$ ccm Äther.

April 1923, Bd. 18, H. 4.

Beitrag zur Frage über die spirochätentötende Kraft einiger Arzneimittel (Neosalvarsan, Quecksilber, Muthanol) (Contribution à l'étude de la valeur spirillicide de quelques médicaments), von R. Gonin-Lausanne. (S. 257.) Von den untersuchten Mitteln ist das Neosalvarsan das weit überlegene. Im Vergleich zu ihm erscheint die spirillizide Kraft des Quecksilbers recht gering. Hier verschwinden die Spirochäten erst gleichzeitig mit dem Zurückgehen der klinischen Erscheinungen, während bei der Salvarsanbehandlung oft zwar noch Ulzerationen vorhanden sind, diese aber keine Spirochäten mehr enthalten. Wiederholt kam es sowohl in der Primär- als auch in der Sekundärperiode vor, daß nach 4 Hg-Injektionen noch lebende Spirochäten nachweisbar waren und dann eine Neosalvarsaninjektion genügte, um sie verschwinden zu lassen. Mit Muthanol wurden zu wenig Fälle behandelt, um ein abschließendes Urteil zu haben; indessen scheint auch seine spirillizide Wirkung der des Salvarsans unterlegen zu sein.

Die Ergebnisse der Bekämpfung der Syphilis in St. Etienne (Les résultats de la lutte antisyphilitique à St.-Etienne), von Ch. Laurent. (S. 272.) Wie anderorts, so wurde auch in St. Etienne nach dem Kriege eine staatliche Behandlungsstelle eingerichtet, mit dem Erfolg, daß die Syphilis wesentlich zurückgegangen ist.

Kolloidales Wismut in der Behandlung der Syphilis (Le bismuth colloidal dans le traitement de la syphilis), von Lacapère. (S. 285.) Hinweis darauf, daß es nicht gleichgültig ist, ob man grob- oder feinkörnige kolloidale Präparate verwendet.

Digitized by Google

Grobkörnige Medikamente werden zwar besser vertragen, sie bleiben länger im Körper, aber man läuft Gefahr, Spätzufälle durch Kumulation des Mittels zu bekommen. Präparate mit feiner Körnelung werden schneller resorbiert, sind schmerzhafter und werden schneller ausgeschieden.

Akuter schankröser Bubo. (Akute, phlegmonöse, fieberhafte Form der schankrösen Adenitis.) Wichtigkeit der Spätbubonen, Sensibilisierung und Desensibilisierung (Bubon aigu chancrelleux. [Forme aiguë phlegmoneuse fébrile de l'adénite chancrelleuse.] Importance des bubons tardifs, sensibilisation et désensibilisation), von Gougerot und P. Blum. (S. 237.) $3^1/_2$ Monate nach Ablauf eines Ulcus molle tritt plötzlich eine akute schankröse Drüsenerscheinung unter den schwersten klinischen Erscheinungen auf. Punktion erfolglos; nach Einspritzung von Vakzine lytischer Fieberabfall und Heilung. Verf. empfiehlt in ähnlichen Fällen sofortige Einspritzung von Auto- oder Heterovakzine.

Meningitische Reizung nach einer Lumbalpunktion (La réaction méningée consécutive à la ponction lombaire), von B. Saad-Beirut. (S. 293.) Auftreten von Nackensteifigkeit, positivem Kernig bei schwer beeinträchtigtem Allgemeinbefinden nach einer zu diagnostischen Zwecken ausgeführten Lumbalpunktion. Nach 3 Tagen langsames Abklingen der Erscheinungen, die nach 6 Tagen vollkommen verschwunden sind.

F. Landauer-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Taschenbuch der Therapie, von M. T. Schnirer. (19. Aufl. Verlag von Curt Kabitzsch, Leipzig 1923.) Vorliegendes Büchlein gehört mit zu den wertvollsten medizinischen Taschenbüchern, das jederzeit in fast allen Fragen dem Arzte Auskunft geben kann. Zunächst bringt uns der Autor eine umfassende Literatur unter dem Titel „Therapeutischer Jahresbericht", der uns über die neuesten Arbeiten im letzten Jahre bezüglich der Therapie informiert. Daran schließt sich das therapeutische Vademekum, das uns in ausgiebiger Weise die Symptomatologie und die gebräuchliche Therapie der einzelnen Krankheiten bringt. Das Verzeichnis der gebräuchlichen Arzneimittel hat die neuesten Präparate mit aufgenommen. Die „therapeutische Technik" hilft manchem Arzte über ungewohnte Klippen hinweg, ebenso die erste Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen. Eine Zusammenstellung der Heilsera, Nährmittel, Therapie der Vergiftungen, Tuberkulindiagnostik und Tuberkulintherapie und vieles andere überaus Wissenswerte erhöht den Wert des Büchleins. W. Chrzelitzer-Waldenburg, Schlesien.

Therapeutisches Taschenbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Blaschko und Jacobsohn-Berlin. (Fischers therap. Taschenbücher, Bd. 2, 3. Aufl., 1922. Fischers medizin. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin W 62.) In die neue Auflage sind die therapeutischen Neuerungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Dermatologie aufgenommen. Besondere Berücksichtigung haben die Proteinkörper-, Vakzin- und Lichttherapie, sowie die Abortivbehandlung der Lues gefunden. Das Buch wird bei seiner zweckmäßigen, kurzen, übersichtlichen Anordnung dem Dermatologen wie dem praktischen Arzt gute Dienste leisten können. Gg. Kapferer-Heidelberg.

Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten mit kurzer Diagnostik, von Erich Hoffmann. (4. vermehrte Aufl., 199 Seiten. Preis geh. etwa 2100 M., geb. 2800 M. A. Marcus und E. Webers Verlag, Bonn 1923.) Das ausgezeichnete Buch Hoffmanns liegt nunmehr in 4. Auflage vor. Es behandelt die allgemeine Diagnostik und Therapie (die verschiedenen Gebrauchsformen chemischer Mittel, die physikalischen Behandlungsmethoden, die wichtigsten inneren und subkutanen Heilmittel einschließlich Diät und Badeorte), die Hautkrankheiten, die Geschlechtskrankheiten und enthält als Anhang Merkblätter für Patienten mit Gonorrhoe, Lues, Krätze und Anweisungen zur Durchführung der Schmierkur und der persönlichen Prophylaxe. Klar geschrieben bieten die Abschnitte über die Haut- und Geschlechtskrankheiten in alphabetischer Reihenfolge eine gründliche Übersicht über das in Frage kommende Gebiet, wertvoll besonders durch das stets genaue Eingehen auf die Therapie. Hervorzuheben ist die Objektivität bei der Beurteilung der Behandlungsmethoden. Das Büchlein ist in seiner neuen Auflage auf den neuesten Stand der Forschung gebracht worden, enthält neu Abhandlungen über Diphtherie, Pellagra, Onychosen usw. Inhalt und Form bewirken, daß man das Buch mit Genuß und Vorteil zur Hand nimmt und aufs wärmste empfehlen kann.

E. Sklarz-Berlin.

Digitized by Google

Röntgenbehandlung in der Dermatologie, von H. Th. Schreus-Bonn. (2. verm. und verb. Aufl. Verlag Cohen, Bonn 1923.) Das kurze sehr empfehlenswerte Kompendium zur Einführung in die dermatologische Röntgenbehandlung hat in dieser so schnell gefolgten 2. Auflage keine wesentlichen Änderungen erfahren. G. W. Unna-Hamburg.

Röntgentherapeutisches Hilfsbuch, von R. Lenk-Wien. (2. verb. Aufl. Brosch. 2 M. Grundzahl. Julius Springer, Berlin 1922.) Dies aus der Holzknechtschen Schule stammende Werk ist in erster Linie dazu berufen, die losen Fäden zwischen Röntgentherapeuten und zwischen dem großen Heer der nicht sich mit Röntgentherapie theoretisch oder praktisch beschäftigenden Ärzte fester zu knüpfen. Ein kurzer allgemeiner Teil enthält Wirkungsmechanismus, Prognose, Begleit- und Folgeerscheinung, ferner die adjuvierende Behandlung, Kontraindikation und die Behandlungsformel. 54 Seiten sind der speziellen Therapie gewidmet. Unbestritten hat dies kleine Werk durch seine präzise Kürze sein erstrebtes Ziel erreicht, dem Nichtröntgenologen auf die leichtfaßlichste Art einen Überblick über Behandlungsmöglichkeit und den zu erwartenden Erfolg, auch einigermaßen über Vorgehen des Röntgenspezialisten zu geben. Dem dermatologischen Röntgentherapeuten werden viele Prognosenstellungen zu günstig gestellt erscheinen, so bei Lupus, Rhinophym, Perniones, Sykosis. G. W. Unna-Hamburg.

Radiumtherapie (Radium Therapy), von Fr. Dd. Simpson-Chikago. (7 Dollar. Verlag C. V. Mosby, 1922.) 420 Seiten mit 166 Abbildungen. In vorzüglicher Ausstattung gibt dies kurzgehaltene und doch in allen Einzelfragen vollständige Werk des Chikagoer Dermatologen ein Gegenstück zu den Standardwerken anderer Länder. Ein besonderer Vorzug ist in der außerordentlich vollständigen Literaturübersicht zu erblicken.
G. W. Unna-Hamburg.

Studies, Reports and Observations from the Dermatological Departments of the Barnard Free Skin and Cancer Hospital and the School of Medicine, Washington University St. Louis, Mo. (252 Seiten.) Das hübsch ausgestattete kleine Werk besteht aus einer Sammlung von 25 dermatologischen Abhandlungen, welche schon in dem Arch. of Derm. and Syph. bzw. im Journal of Cut. Dis. in der Zeit vom November 1919 bis November 1921 veröffentlicht worden sind. Demgemäß werden sehr verschiedene Themen behandelt: Amoebiasis cutis, statistische Untersuchungen über extragenitale Primärsyphilide, Kampferöltumoren, Entwicklung von Epitheliomen auf der Basis von Lupus erythematosus, Untersuchungen über Lichen planus usw. Trotz der Verschiedenheit der behandelten Gegenstände wird das Buch manchem Fachkollegen eine willkommene Lektüre sein, denn es steckt viel ehrliche Arbeit darin. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die pathogenen Myzeten des Menschen und der Tiere (I Miceti patogeni dell' uomo e degli animali), von Gino Pollacci, Direktor des kgl. botan. Universitätsinstituts in Siena, und Arturo Nanizzi, Techniker desselben. I. Band. (Siena, S. Bernardino.) Immer mehr steigert sich das Interesse der praktizierenden Ärzte und Veterinäre für die pathogenen Pilze, von denen immer neue Spezies entdeckt werden. Leider sind aber die diesbezüglichen Mitteilungen in den verschiedensten Fachzeitschriften und Archiven zerstreut, die den abseits von den Zentren der Wissenschaft lebenden Praktikern fast unerreichbar sind. — Es ist ein großes Verdienst nun oben genannter Autoren, diesem Übelstand durch ihr jüngst erschienenes Werk über die pathogenen Pilze in idealster Weise abgeholfen zu haben, sich dabei folgender origineller Methode bedienend: dem Werke, von dem bisher nur der erste Band erschienen ist und das in knapper, übersichtlicher Weise alles Wichtige über diesen Gegenstand enthält (Historisches, geographische Verbreitung, Morphologie, Therapie usw.), ist eine Sammlung der besprochenen Pilzarten in tingierten und in Kanadabalsam eingelegten Originalreinkulturen beigegeben, so daß es auch dem in der Mykologie nicht besonders Bewanderten außerordentlich leicht wird, sich selbst bei ihm bisher nicht vorgekommenen neu entdeckten Pilzarten leicht auszukennen. Dem Werke sind außerdem wahrhaft künstlerisch ausgeführte Figuren im Text und Tafeln beigegeben, die teils bedeutenden Werken entnommen, teils von Nanizzi selbst gezeichnet sind und zur Übersichtlichkeit beim Selbststudium in hoher Weise beitragen. Im nächsten Band soll dann ein eigenes Kapitel über die Biologie der Pilze und ein Schlüssel enthalten sein, mit Hilfe dessen auch ein Nichtmykologe einen jeden von ihm beobachteten Pilz wird richtig klassifizieren können.

Das Werk ist bisher nur italienisch erschienen, aber angesichts der leichten Verständlichkeit dieser Sprache und des Faktums, daß sämtliche Fachausdrücke in lateinischer Sprache angeführt werden, ist es auch dem Nichtitaliener leicht verständlich. Der Preis von 50 Lire ist als so gering zu bezeichnen, daß die Anschaffung dieses wertvollen Werkes besonders warm empfohlen werden kann. E. Freund-Triest.

Digitized by Google

Die Wassermannsche Reaktion. — Allgemeine Übersicht. Technik (La reazione di Wassermann. — Generalità. Tecnica), von E. Mariotti-Neapel. (Società Editrice Libraria, Mailand 1923.) Die Mailänder Bücherverlagsgesellschaft, der wir u. a. schon Bosellinis schönes Buch über die Dermatologie in ihren Beziehungen zur inneren Medizin verdanken, hat sich mit der Herausgabe des Mariottischen Werkes ein neues Verdienst erworben. Mit außerordentlicher Gründlichkeit, umfassender Beherrschung des Stoffes und wohl lückenlosen Literaturangaben schildert der Verf. auf 395 Seiten die ganze in Frage kommende Materie. Er behandelt im ersten Teile den Begriff und die chemischen und biologischen Eigentümlichkeiten unter normalen und pathologischen Bedingungen der Lipoide, der Immunitätsvorgänge, Hämolyse, hämolytische Seren und Komplementablenkung und die WR mit den Theorien, die für ihre Deutung aufgestellt worden sind. Der zweite Teil bringt eine Darstellung der Originalmethode und der von ihr abgeleiteten Modifikationen. Alle Einzelheiten kommen zu ihrem Recht von praktischen Ratschlägen bezüglich des notwendigen Materials bis zum Ablesen der Resultate und ihrer Deutung und der Erklärung unerwarteter Ergebnisse. Einige Bildertafeln und Tabellen vervollständigen das gute, sehr empfehlenswerte, für deutsche Verhältnisse nur etwas teure (60 Lire) Buch. E. Sklarz-Berlin.

Stoffwechsel und Haut. Grundzüge zu einer dynamisch-energetischen Stoffwechselpathologie und -therapie der Hautkrankheiten. — Ein Beitrag zur Pathochemie des Blutes, von Erwin Pulay. (XVI und 240 S., Gz. geh. 10,5, geb. 15.0. Verlag Urban u. Schwarzenberg, Berlin-Wien 1923.) Auf den modernsten Anschauungsweisen basierend und die neuesten klinischen und serologischen in Frage kommenden Arbeiten berücksichtigend, bringt das Buch Pulays, der die kolloidchemische Grundlage der Pathochemie des Blutes und der Gewebe umfassend beherrscht, einen Überblick über die Materie. Eingehend werden neben Blutgerinnung, Azidose, Ionenwirkung usw. auch die Pathologie des Wasserhaushalts, Quellung und Entquellung, Eiweißstoffwechsel, Cholesterin, Harnsäure, Chloride, Kalkstoffwechsel, Elektrolytwirkung und Nervensystem, innere Sekretion und Blutchemie, Blutchemie und Konstitution neben vielen anderen Fragen abgehandelt. Der klinische Teil bringt die Anwendung der Methoden bei einer großen Reihe von dermatologischen Affektionen, gefolgt von therapeutischen Richtlinien und Ausblicken. Eine prägnante Darstellung der Methodik der Blutuntersuchung sowie ein Tabellenanhang runden das Werk ab, das ein durch ausgedehnte eigene Studien des Verf. bereichertes, außerordentlich großes Material umfaßt und eine Fülle wertvoller Einzeltatsachen und großer Gesichtspunkte bietet. Ist auch manches noch hypothetisch, so ist doch das von größtem Werte, daß hier zum ersten Male im Zusammenhang ein neuer Weg gezeigt wird, auf dem die erkenntnis-theoretische und praktische Forschung weitergehen kann, eine Tatsache, für die man dem Verfasser Dank wissen muß und derentwegen man das empfehlenswerte Buch mit Anregung und Genuß liest. E. Sklarz-Berlin.

Die Syphilis als Berufskrankheit der Ärzte, von C. L. Paul Trüb, Univ.-Hautkl. Bonn. (Sammlung zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Derm. u. Syph. Neue Folge, H. 1, 126 S. Carl Marhold, 1923.) Verf. gibt eine umfassende kritische Zusammenstellung der Literatur. Von Primäraffekten werden nachgewiesen an Fingern, Hand, Arm 338, Auge 32, Lippen 12, Nase 10, Wange 6, Kinn 2, Tonsillen 2, Rücken, Nacken, Schläfe, Zunge, untere Extremität je 1 Fall. Spezielle Auseinandersetzungen betreffen die Modalitäten der Infektion, die Infektionsmöglichkeiten, besonders auch im Zusammenhange mit der Frage des Überlebens der Spirochäten. Als Kuriosität wird das Auftreten von Infektionen am Genitale unabhängig vom Geschlechtsverkehr erwähnt. Freiwillige Infektionen mit Syphilis aus wissenschaftlichen Gründen ergaben zum Teil positive Ergebnisse; in einem Falle gelang es bei einem Studenten der Medizin die in die Haut eingeriebenen Krankheitskeime, deren Virulenz an Affen bewiesen wurde, durch Applikation der Metschnikoffschen 33%igen Kalomelsalbe zu vernichten. Die Fälle von Lues d'emblée lassen sich noch nicht sicher erklären, für einen Teil besteht die Möglichkeit, daß die Haut einzelner Individuen sich gegen eine primäre Haftung der Spirochäten refraktär erweist. Eine Reihe von Fällen ist bei Sektion von Leichen Syphilitischer zustande gekommen, von denen vier auch einer scharfen Kritik standhalten. Besonders interessieren uns, von denen ja nicht wenige, darunter hervorragende Vertreter sich beruflich infizierten, die Möglichkeiten einer wirksamen Prophylaxe; leider gibt es kein als sicher anzusprechendes Verfahren. Auch wenn man davon ausgeht, daß der sogenannten extragenitalen Syphilis an und für sich im allgemeinen die ihr besonders früher zugesprochene schlechte Prognose nicht zukommt, liegen bei der Berufssyphilis der Ärzte

Digitized by Google

die Verhältnisse ungünstiger. Das ist namentlich für die Unfallversicherung von Bedeutung. Es beruht das darauf, daß der Arzt psychisch durch die Infektion stärker ergriffen wird als andere Patienten, daß die Krankheit einen durch viele körperliche und geistige Anstrengungen mitgenommenen, nicht genügend widerstandsfähigen Organismus trifft, daß die Lebensdauer der Ärzte schon im allgemeinen prognostisch schlecht dasteht, und daß schließlich die Behandlung häufig eine schlechte (übermäßige oder ungenügende) ist. Manche von diesen besonders in der früheren französischen Literatur hervorgehobenen Momenten kommen jedoch angesichts der modernen Syphilisdiagnostik und -Therapie nicht mehr in vollem Maße in Betracht; so können die Schlußworte dieser in hohem Maße lesenswerten Studie in uns ein gewisses Maß der Beruhigung aufkommen lassen.

E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Maligne Neubildungen.

Ein Fall von Zervixkarzinom bei einer jungen Frau nach Gonorrhoe (Carcinoma of the Cervix in a Young Woman Following Gonorrhoea), von S. Gordon Luker. (Lanc., Nr. 5158.) Verf. teilt einen Fall einer 28jähr. Zweitgebärenden mit, bei der ein Karzinom der Zervix festgestellt wurde. Die Pat. hatte 5 Monate vorher eine Blennorrhoe akquiriert und die Zervix war 3 Monate lang mit Silbernitraten üblicherweise behandelt worden. Die Diagnose ist durch die histologische Untersuchung gesichert. Der Fall scheint Verf. eine Stütze für die „Reiztheorie" zu sein.

R. Erichson-Kiel.

Entstehung eines Gallertkrebses auf Grund ortswidrigen Epithels in der Harnblase, von A. Pincsohn. (Virch. Arch., Bd. 232, S. 350—357.) Der in der Harnblase einer 60jähr. Frau gefundene Gallertkrebs ist, wie Verf. annimmt, nach Umwandlung des Blasenepithels zu Zylinderzellen auf Grund indirekter Metaplasie entstanden. Derartige in ihrem Charakter veränderte Gewebe sind besonders zur Tumorbildung disponiert.

A. Blüth-Hamburg.

Pseudoleukämie der Haut, von Em. Lehner-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 7.) Eine 60jähr. Frau leidet seit 2 Jahren am ganzen Körper an heftigem Jucken, das anfallsweise mit Fieber auftritt. Kleine harte Infiltrate, manche mit Blasen, manche mit Exulzerationen, nach deren Abheilung eine tiefe Narbe hinterbleibt. Vor den Anfällen fühlt sie sich sehr schlecht, hat oft Neuralgien. Die Haut ist symmetrisch besät mit Herpes zoster gangraenosus, mit Urtica-Prurigo-artigen Infiltraten. Histologische Untersuchungen fanden in der Rete mit Koagulation angehende Nekrosen, und Lymphozyten, welche im zu Blute 65% vorhanden waren, ohne Leukozytenvermehrung. Die Drüsen und Milz sind vergrößert. WR —, Pirquet —.

M. Porosz-Budapest.

Ein besonders in Südamerika vorkommendes, malignes Lymphdrüsengranulom mykotischen Ursprungs, von Walther Haberfeld-Wien. (W. kl W., 1922, Nr. 40, S. 786.) Ausführliche Beschreibung des Krankheitsbildes, bei dem im Vordergrunde die ausgedehnten Lymphdrüsenerkrankungen stehen, von denen die Halslymphdrüsen zuerst erkranken. Von hier aus Ausbreitung der Erkrankung in kurzer Zeit auf das Lymphgebiet des ganzen Organismus. Meist frühzeitige Schwellung und Vergrößerung der Milz. Im Darm finden sich bei oft völligem Fehlen klinischer Symptome Geschwüre im Dickdarm, vielfach in der Appendixgegend, die den Eindruck einer Appendizitis erwecken können. Blutbild hat Ähnlichkeit mit der Hodgkinschen Erkrankung. Die Patienten gehen unter Zunahme von Kachexie und Fieber zugrunde. Befallen werden hauptsächlich Männer und hier alle Altersklassen. Prognose ist infaust. Therapie trotz Versuche mit den verschiedensten Therapeutika machtlos. Die Eintrittspforte ist fast in allen Fällen die Mund-Rachenhöhle, häufig die Tonsillen, bei denen sich im Abstrich immer die Pilze finden lassen. Wahrscheinlich werden die Pilze mit Pflanzenstengeln, die als Zahnstocher benutzt werden, in den Mund gebracht. Inkubationszeit wird nicht genau angegeben, aber als kurz angenommen. Das anatomische Bild, das der Tuberkulose ähnlich sieht, wird genau beschrieben, desgleichen Aussehen und Vermehrung der Pilze und Kultur derselben, desgleichen die Möglichkeit des Tierversuchs. Verf. möchte den Pilz nicht unter die Blastomyzeten einreihen, sondern, bis seine Klassifizierung feststeht, will er ihn in der Klasse der „Zymonema", der er am nächsten steht, unterbringen.

E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Mund und Nase.

Zungenkrebs, Ausrottung der Zunge, Magenkarzinom 34 Jahre später (Cancer of Tongue, Excision of Tongue, Cancer of Stomach 34 Years Lates), von J. S. Manson. (The Brit. Med. Journ., 24. Juni 1922, S. 996.) Der Titel besagt alles. Der Patient starb am neunten Tage nach der Operation des Magenkrebses (Gastrostomie).

E. Sklarz-Berlin.

Stomatitis impetiginosa und Glossitis exfoliativa marginata. Nosographische Betrachtungen (Stomatite impétigineuse et glossite exfoliatrice marginée. Considérations nosographiques), von L. M. Bonnet. (Soc. nationale de Méd. et des sciences méd. Sitzung vom 15. März 1922. — Lyon méd., 1922, Nr. 18.) Bei 12 Insassinnen eines Zufluchtshauses fand sich eine Epidemie von Erscheinungen im Munde: auf der Zunge große desquamierende Plaques, vergleichbar den bei Kindern mit Glossitis exfoliativa marginata anzutreffenden, daneben auf der Schleimhaut der Wangen oder der Lippen reine Plaques von Impetigo buccalis, bei einigen einfache Impetigo des Gesichts, Panaritien, Blepharitis, Rhinitis. Die Diagnose einer Glossitis exfoliativa marginata darf nicht gestellt werden, wo nur vorübergehend einige vereinzelte desquamierende Plaques beobachtet werden, vielmehr ist diese spezielle Erkrankung charakterisiert durch ihre unbegrenzte Dauer, durch das Fehlen anderer Manifestationen auf der Mundschleimhaut, durch ihren gewissermaßen konstitutionellen, jedoch nicht epidemischen oder kontagiösen Charakter. Es handelte sich bei den beschriebenen Fällen jedenfalls um Stomatitis impetiginosa. Die Desquamation ist nur ein Symptom, das auf verschiedenen Ursachen beruhen kann.

E. Levin-Berlin.

Vermutlicher sehr ausgebreiteter und hyperkeratotischer Lichen corneus der Mund- und Zungenschleimhaut mit einer Neubildung ähnlicher Ulzeration der Unterlippe (Lichen corné probable très étendu et très hyperkératosique de la muqueuse bucco-linguale avec ulcération néoplasiforme de la lèvre inférieure), von J. Nicolas und M. Pillon (Soc. méd. des Hôp. de Lyon. Sitzung vom 2. Mai 1922. — Lyon méd., 1922, Nr. 18.) Auf Ober- und Unterfläche und an den Rändern der Zunge, Ober- und Unterlippe, Wangenschleimhaut, Gaumen und Zahnfleisch bilden die hyperkeratotischen Bildungen eine von mehr oder weniger tiefen Furchen durchzogenes Pflaster dar, das der Schleimhaut ein chagrinlederartiges Aussehen gibt, ganz verschieden von dem einer Leukoplakie. Sie bilden weite Flächen mit gebuchteten Rändern, die gegen die normale Schleimhaut scharf abgegrenzt sind. Die Läsionen sind weich, nicht empfindlich, die Geschmacksempfindung ist erhalten. Die seit drei Monaten bestehende Ulzeration der Unterlippe ist von ovalärer Form mit glatten Rändern, überhängendem, dickem, hyperkeratotischem Saum, glatter Oberfläche, auf der mit der Lupe weißliche Züge zu erkennen sind. Keine Verhärtung des Grundes, keine Drüsenschwellungen. Die keratotischen Erscheinungen entsprechen nicht der Leukoplakie, auch Lupus erythematosus ist auszuschließen, es kommt diagnostisch nur Lichen corneus in Betracht. Die Affektion der Lippe ist man zur Zeit nicht berechtigt als Epitheliom anzusprechen.

E. Levin-Berlin.

Melanosarkom des Gaumens (Melano-Epithelioma of the Palate), von G. B. New und F. K. Hausel-Rochester, Minn. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 1, S. 19—22.) Wiedergabe eines Falles von primärem Melanosarkom des Gaumens mit makro- und mikroskopischen Abbildungen. Nach operativer Entfernung und nachfolgender Radium-Röntgenbestrahlung Rezidiv und Drüsenmetastasen im Laufe eines Jahres.

A. de Lemos-Hamburg.

Speicheldrüsen und Karzinom (Salvary Glands in Carcinoma), von L. S. Dudgeon und P. H. Mitschiner. (Lancet, Nr. 5167.) Bei den meisten Fällen von Karzinom der Zunge und des Mundbodens sind die Speicheldrüsen nicht karzinomatös. In beinahe allen Fällen sind die Veränderungen an diesen Drüsen entzündlicher Natur, in anderen Fällen war das histologische Bild normal. Die Lymphdrüsen der Sublingual- und Submaxillargegend sind in frühen Fällen nur zu 27,3%, in älteren Fällen zu 50% karzinomatös verändert. Es scheint daher gerechtfertigt, in gewissen Fällen von frischem Zungenkarzinom die Submaxillargegend bei der Operation unangetastet zu lassen, obgleich die klinische Erfahrung lehrt, daß die Gefahr des Auftretens von Metastasen dort sehr groß ist.

R. Erichson-Kiel.

Über die Quellbarkeit normaler und entzündeter Mundschleimhaut, von E. Hauberrisser-Göttingen. (Zschr. f. d. ges. exp. M., Bd. 29, H. 3/4, S. 200—208.) Zahlreiche Versuche an der Gaumen-, Wangen- und Zungenschleimhaut von Katzen

Digitized by Google

zeigen, daß stets die entzündeten Gewebe in allen Quellungsflüssigkeiten weniger gequollen sind, als die normalen desselben Tieres. Die Gaumenschleimhaut quillt weniger als die Zungen- und Wangenschleimhaut, letztere mehr als die Zungenschleimhaut. Die Ursache für die geringere Quellbarkeit des entzündeten Gewebes könnte entweder darin liegen, daß die entzündete Schleimhaut an sich schon so weit gequollen ist, daß sie bis zum Quellungsmaximum nur noch wenig Flüssigkeit aufnehmen kann, oder daß einzelne Kolloide in den Zellen infolge des Entzündungsprozesses im Sinne einer verminderten Quellbarkeit verändert sind. G. Assmann-Kiel.

Tonsillen und Allgemeinerkrankungen, von Max Goerke-Breslau. (Kl. W., 1922, Nr. 35, S. 1749). Aus der den Mandeln sonst zukommenden Schutzwirkung wird eine Infektionsgefahr durch hyperplastische Wucherung der Tonsillen. In einer nicht genügenden und gestörten Involution dieses Organs haben wir die für den Organismus schädliche Wirkung zu suchen. Die Tonsillen stehen zu zahlreichen kryptogenetischen Infektionen in Beziehung, die nach Entfernung der Mandeln gebessert resp. geheilt werden. U. a. kommen vor allem Gelenkrheumatismus und sonst nicht begründete Sepsis in Betracht. E. Langer-Berlin.

Zur Physiologie der Tonsillen, von Ed. Richter-Hamburg. (Zschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk., 1922, Bd. 1, H. 3/4, S. 517.) Verf. glaubt im Gegensatz zu Fleischmann nicht an eine endokrine, wohl aber an eine physiologische Absonderung der reduzierenden Substanzen in den Tonsillen. In allen Organen kommt es andererseits zur Sekretion reduzierender Substanzen, so besonders in den Nebennieren und in der Hypophyse. Im Körper vollziehen sich im defensiven Sinne chemische Reaktionen, die durch Reduktion oder Oxydation ihn schützen. Hierbei spielen bestimmte Organe (Tonsillen) und morphologische Elemente eine große Rolle (Leukozyten und Lymphozyten). A. Rosenburg-Berlin.

Die biologische Einstellung der reduzierenden Substanzen, von Ed. Richter-Hamburg. (Zschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk., 1922, Bd. 1, H. 3/4, S. 494.) Verf. fand im Speichel reduzierende Stoffe und besonders wird in den Tonsillen Ameisensäure ausgeschieden, die als gutes Antiseptikum die Bakterien in der Mundhöhle tötet. Reduktionsmittel sind Stoffe, die Wassertoffionen zu bilden bestrebt sind, so ist unter Druck Wasserstoff selbst ein Reduktionsmittel, wie Sauerstoff ein Oxydationsmittel ist. Ohne Reduktion und Oxydation gibt es keine galvanische Spannung. In den Tonsillen stellen die Leukozyten und Lymphozyten das Moment der Oxydation dar, während es gleichzeitig zur Absonderung reduzierender Substanzen kommt. Bei der leichten Aufnahmemöglichkeit der Mundhöhle für alle Bakterien muß die Möglichkeit bestehen, dieselben durch Reduktions- und Oxydationsvorgänge chemisch zu phagozytieren. Als Oxydationsträger kommen morphologische (Leuko- und Lymphozyten), als Reduktionsstoffe humorale Gebilde in Betracht (Ausscheidung der Tonsillen). A. Rosenburg-Berlin.

Mundsoor mit retrobulbärem Abszeß und Myelitis femoris, von E. Satler-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 21.) Ein $3^1/_2$ Wochen altes Kind hatte eine, auch mikroskopisch festgestellte Soorkrankheit im Munde mit einem Wangenabszeß. Nach Eröffnung und Heilung dieser entwickelte sich ein retrobulbärer Abszeß, welcher schon fast ganz geheilt war, als das septische Fieber noch immer anhielt. Die Ursache des Fiebers schien in einer Myelitis des Oberschenkels entdeckt zu sein. Das Fieber ließ auch trotz des operativen Eingriffes nicht nach. — Exitus. M. Porosz-Budapest.

Die Behandlung der Ludwigschen Phlegmone durch Exstirpation der Glandula submaxillaris, von Ed. Rehn-Freiburg i. Br. (Kl. W., 1922, Nr. 43, S. 2138.) Verf. hat nach drei Mißerfolgen mit der bisherigen Methode — Inzision von außen und Freilegung des Entzündungsherdes — in einem Falle durch Exstirpation der Glandula submaxillaris mit den anhaftenden Drüsen einen Patienten retten können. E. Langer-Berlin.

Rationelle Behandlung der Angina faucium, von St. S. Bán-Ungarn. (Gyógyászat, 1922, Nr. 40.) Nach Einteilung der Krankheit in die zentripetale (lokale) und zentrifugale (allgemeine) spricht sich der Autor für eine Chininbehandlung aus. Das Chinin scheint — nach älteren und neueren Auffassungen — die Vermehrung der Bakterien ungünstig zu beeinflussen. Dies „beweisen die klinischen Symptome". Das Chinin soll auch nach Abklingen der fieberischen Tonsillitis 2—3 Wochen hindurch jeden zweiten Tag (1 g verzettelt) zur Verhinderung einer Komplikation (Nephritis, Arthritis usw.) weiter gegeben werden. Bei öfteren Rezidiven soll diese Behandlungsweise Monate hindurch dauern. M. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Ein tödlicher Fall von Angina membrano-ulcerosa, von K. Nagy-Szombathely. Ein 2jähr. Knabe hatte an der Stelle der Tonsilla und des Gaumens ein kraterartiges Geschwür (Plaut-Vincent) nebst pseudomembranösem Belag der Uvula. Das Mikroskop zeigte Spirochäten und fusiforme Bazillen. Das Allgemeinbefinden des Patienten war kaum beeinträchtigt. Temperatur 37,2—38,5. Nach Betupfen des Geschwürs mit Neosalvarsan-Glyzerin reinigte sich das Geschwür und die Temperatur fiel auf 36,8—37,5. Am dritten Krankheitstag entwickelt sich ein Pseudokruppanfall. Das mikroskopische Bild zeigt kaum ein bis zwei Fusiformbazillen und Spirochäten, aber sehr viele Strepto- und Staphylokokken. Nach wiederholtem Kruppanfall Temperatursteigerung, und nach kurzdauernder Agonie Exitus. Der Autor meint, daß der Tod durch eine Toxämie der Strepto- und Staphylokokken verursacht wurde. M. Porosz-Budapest.

Zur Frage der Ätiologie der Ozäna, von Mitsuo Shiga-Kobe (Japan), Serother. Inst. Wien. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 7/8, S. 521—539.) In den meisten Fällen gelingt es den Kokkobazillus Perez zu züchten. Eine Identität mit dem häufig gefundenen Kapselbazillus Abel-Löwenberg konnte nicht festgestellt werden. Nur der Bazillus Perez erzeugte in flüssigem Nährboden den typischen Gestank der Ozäna. Verf. hat einen Stamm isoliert, der dem Bazillus Perez sehr nahesteht. Er unterscheidet sich von ihm nur durch sein fermentatives und agglutinatorisches Verhalten. Es ist anzunehmen, daß die Ozäna von einer Gruppe von fötid riechenden, kulturell ähnlichen Bazillen erzeugt wird. F. Harry-Berlin.

Haare und Nägel.

Die Häufigkeit roter Haare (The Frequency of Red Hair), von A. E. Boycott. (The Lancet, Nr. 5156.) Kurze Mitteilung, nach der Verf. bei zwei Zählungen 1,46% Rothaarige gefunden hat. R. Erichson-Kiel.

Röntgenstrahlen bei Hypertrichosis des Gesichts (Xrays in Hypertrichosis of the Face), von Henry C. Semon. (Brit. m. J., 4. Nov. 1922, S. 891.) Bei einer Pat., die im Jahre 1911 wegen Hypertrichosis des Gesichts 12 Röntgendosen in 10—12tägigen Abständen erhalten hatte, stellten sich seit 1914 (also 3 Jahre später!) Teleangiektasien, Hautatrophien und außerordentlich unangenehme subjektive Beschwerden ein, die bis jetzt ständig zugenommen haben. Der Fall zeigt wieder einmal, daß man ohne zwingenden Grund nur wegen einer Hypertrichosis keine Röntgenstrahlen auf das Gesicht applizieren soll, da ein nicht fest bestimmbarer Koeffizient, die Durchdringungskraft der Strahlen und die persönliche Idiosynkrasie des Pat. diesen schwer schädigen kann. E. Sklarz-Berlin.

Alopecia areata und Strabismus: eine familiäre Gruppe von Fällen (Alopecia areata and Strabismus: A Family Group of Cases), von J. Goodwin-Tomkinson. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3220, S. 505—506.) Die Familie besteht aus den Eltern und 9 Kindern, von denen der Verf. 6 und die Mutter gesehen hat. Nur eine Tochter aus der Zahl dieser 7 Mitglieder hatte keine Alopecia areata gehabt, nur ein 7jähr. Sohn wies keinen Strabismus auf, obwohl auch er gelegentlich schielt. Das ist auch der Fall bei einem Sohn, den Verf. nicht untersucht hat. Gegen eine infektiöse Theorie spreche u. a. der Umstand, daß die Alopezien erst etwa mit 7—10 Jahren aufgetreten seien. Die Annahme einer nervösen Schädigung liegt um so näher, als mehrere Familienmitglieder Stigmata in dieser Hinsicht — eins ist Somnambulist — aufweisen. E. Sklarz-Berlin.

Die Beziehungen der Alopecia areata zum Schielen (The Relation of Alopecia areata and Squinz), von W. Juman. (Brit. m. J., 4. Nov. 1922, S. 893.) Der Autor weist unter Bezugnahme auf Tomkinsons Publikation (Brit. m. J., Sept. 1922) auf die bisweilen vorkommende Verknüpfung von Schielen mit Alopecia areata, Linkshändertum und Stottern hin. Rivers (Lancet, 12. Febr. 1921) berichtete über die Beziehungen von Linkshändigkeit und Schielen bei Lungentuberkulose. Bisweilen sei Schielen als hysterisches Stigma psychogen bedingt und durch psychologische Methoden heilbar. E. Sklarz-Berlin.

Alopezie und ihre Behandlung (Alopecia and Its Treatment), von Lawrence K. McCafferty-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 7.) Einteilung und Behandlung. Nichts Neues. E. Levin-Berlin.

Beitrag zur Kenntnis der Wirkung des Humagsolan Zuntz, von Scharlau-Breslau. (M. Kl., 1922, Nr. 25, S. 798.) Mittel an sich selbst erprobt, ein Vierteljahr

Digitized by Google

lang: Die mittelgroße Glatze wurde kleiner, indem die marginalen kaum sichtbaren Härchen an Länge und Stärke zunahmen. Der weiße Schnurrbart bekam eine dunklere Färbung, das Wachstum der Fingernägel war ein intensiveres.

G. Heymann-Elbing.

Dermatomykosen.

Die Mykosen (Les Mycoses), von Pierre Sée. (Gaz. des hôp., 1922, Nr. 30.) Ausführliche Übersicht über alle bei Mensch und Tieren als örtliche und allgemeine Krankheitserreger in Betracht kommenden Pilze. Zum Referat nicht geeignet.

E. Levin-Berlin.

Aktinomykosis als Ursache innerer Krankheiten, von J. Biswеiler-Budapest. (Orv. Hetilap, 1922, Nr. 27.) Fünf Monate nach einer Appendektomie traten bei dem 35jähr. Advokaten am unteren Rande der Rippen heftige Schmerzen auf, welche auf einen durch die Operation erkannten aktinomykotischen Abszeß zurückzuführen waren. Nach 10 Monaten Exitus. Die Sektion hat verschiedene kleinere und größere Abszesse nachgewiesen in Leber, Lunge, Perikard usw. M. Porosz-Budapest.

Erfolgreiche Behandlung der menschlichen Aktinomykose mit Yatren, von A. Eckert-Jena. (Kl. W., 1922, Nr. 36, S. 1788.) Bei einem schweren Falle von inoperabler Aktinomykose des Kehlkopfes und Halses gelang es Verf. durch intravenöse Yatrendarreichung in steigenden Dosen den Prozeß völlig zur Heilung zu bringen, nachdem Jod- und Röntgenbehandlung völlig versagt hatten. Innerhalb 7 Wochen bekam Pat. von einer 5%igen Lösung 1215 ccm, mit 5 ccm beginnend und bis 100 ccm steigend. Störende Nebenerscheinungen sind nie aufgetreten, so daß die von Ziesler und Birnbaum beobachtete Giftwirkung nicht bestätigt werden kann. Trotzdem ist Vorsicht wegen des speziell auf entzündliche Prozesse gerichteten sehr starken Reizes dringend geboten. Normales Gewebe wird durch die Yatrenwirkung nicht beeinflußt.

E. Langer-Berlin.

Örtliche Blastomykose (Local Blastomycosis. Report of Case), von Marcus Haase, E. R. Hall und C. H. Marshall-Memphis, Tenn. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 10, S. 820—822.) Beschreibung eines Falles von Blastomykose an Nacken und Hals, der eine Metastase im linken Nebenhoden zeigte. Wenn auch bekannt ist, daß die Erkrankung fast alle Organe des menschlichen Körpers befallen kann, so bildet dieser Fall von Blastomykose eines Nebenhodens eine bemerkenswerte Seltenheit. Ausgang in Heilung durch Operation. 3 Abbildungen. F. Quasig-Hamburg.

Sporotrichosis, von F. W. Gregor-Indianapolis. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 10, S. 812—815.) Verf. berichtet über einen Fall von Sporotrichosis (dazu 5 Abb.), der bemerkenswerterweise außer dem Befallensein der Haut auch ein solches der Sehnenscheiden, des Periostes und der Knochen der rechten Hand sowie des Vorderarmes zeigte. Der Kranke hatte 14 Jahre zuvor einen Bruch des rechten Handgelenkes erlitten. Verf. ist der Ansicht, daß die durch den Bruch bedingte Veränderung im Verlauf den Lymphbahnen vielleicht die Ursache dazu abgegeben hat, daß die tieferen Gewebsschichten jetzt von Sporotrichosis befallen waren. Heilung erfolgte durch Jod innerlich und äußerlich. F. Quasig-Hamburg.

Experimentelle und histologische Studien über Rattensporotrichose, von Max Jessner-Breslau. (Kl. W., 1922, Nr. 49, S. 2428.) Nach kutaner und subkutaner Kulturbreiimpfung war niemals allgemeine Sporotrichose zu erzielen, dagegen nach intraperitonealer. Vor klinischem Angehen der Erstinfektionsstelle besteht ein Refraktärsein gegen Reinokulation. Die kutane Immunität tritt bei kutaner Impfung früher auf, als die kutane Immunität bei subkutaner Erstimpfung. Die biologische Inkubationszeit ist also kürzer als die klinische Inkubationszeit. In der Umgebung einer früher geimpften und abgeheilten Stelle geht eine Neuinfektion später und schwächer an als auf der übrigen Haut. Histologisch tritt tuberkuloider Bau dort auf, wo die Erreger unter Antikörpereinwirkung abgebaut werden. Beschreibung der übrigen histologischen Befunde.

E. Langer-Berlin.

Untersuchungen über den mykotischen Ursprung der Dyshidrosis und der dyshidrotischen Eruptionen (Recherches sur l'origine mycosique de la dyshidrose et des éruptions dyshidrosiformes), von P. Legrain. (Progr. méd., 1922, Nr. 41.) Neben der typischen wahren Dyshidrosis (maladie de Fox) sind aus verschiedenen Ursachen auftretende dyshidrosiforme Eruptionen zuzulassen. Die typische Dyshidrosis ist nicht parasitären Ursprunges. Die dyshidrosiformen Eruptionen unterscheiden sich von der

Digitized by Google

wahren Dyshidrosis durch ihre Widerstandsfähigkeit gegen die Behandlung, ihre Verbindung mit partiellen Läsionen von Epidermophytie an den Extremitäten, den häufigeren Sitz an den Füßen als an den Händen. Oft werden bei ihnen Myzelfäden gefunden.
E. Levin-Berlin.

Methylenblau zur Behandlung der durch Saccharomyces granulatus bedingten Mykosen (Le bleu de méthylène dans le traitement des lésions mycosiques dans au Saccharomyces granulatus). (Presse méd., 1922. Nr. 21.) Kurzes Referat über einen von Fontoynont und Salvat berichteten Fall von Infektion mit Saccharomyces granulatus bei einer 40jähr. Frau, welche eine Aussaat von Ulzerationen über den ganzen Körper sowie zahlreiche intramuskuläre Knoten und osteoperiostitische Herde an der Tibia aufwies. Im Eiter wurde wiederholt, oft fast in Reinkultur, Saccharomyzes nachgewiesen. Nach längerer sonstiger aber erfolgloser Behandlung wurde Methylenblau angewandt, äußerlich als Verband in gesättigter Lösung, und innerlich in Dosen von täglich 0,10—0,15 g. Der Erfolg war ausgezeichnet. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Behandlung der Trichophytien mit intramuskulären Injektionen einer Jod-Jodkalilösung (Sulla cura delle tricofizie con iniezioni endomusculari di soluzione jodo-jodurata), von P. A. Meineri. (Riforma med., 1922, Nr. 43.) Angeregt durch die von Ravaut zuerst empfohlene und später von anderen Autoren mit sehr gutem Erfolge geübte Behandlung der Trichophytie mit Lugolscher Lösung, hat Verf. den Versuch gemacht, in einem Falle von Trichophytie diese Lösung (J 1, JK 2, Aquae 50) in täglichen, von 1—10 cm^3 aufsteigenden Dosen intramuskulär zu injizieren. Er konnte auf diese Weise die bei der intravenösen Injektion der Lugolschen Lösung bisweilen vorkommende, nicht gleichgültige Thrombosierung der Vene umgehen und erzielte, wenn auch nicht so schnelle, so doch befriedigende Resultate, indem der Kranke in 18 Tagen (18 Injektionen) geheilt wurde, was durch mikroskopischen und kulturellen Nachweis bestätigt wurde.
E. Freund-Triest.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Die wichtigsten neuen Feststellungen über Mücken, Flöhe, Läuse und Fliegen als Krankheitserreger, von E. Martini-Hamburg. (M. Kl., 1922, Nr. 28 und 30.) Die Arbeit bringt eine kritische Übersicht der bisherigen wichtigsten Publikationen auf diesem Gebiet mit spezieller Berücksichtigung von Malaria, Pest, Gelbfieber, Dengue, Filariasis, Rückfallfieber, Fünftagefieber, Dysenterie, Typhus abdominalis u. a. Dermatosen sind dabei weniger erörtert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen ersten in der Schweiz beobachteten Fall von „Creaping Disease" (A propos d'un premier cas de „Creaping Disease" observé en Suisse), von P. M. Fol und H. Jaeger, Derm. Univ.-Kl. Zürich. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 41.) Durch eine gute Reproduktion der Moulage illustrierter Fall. In exstirpierten Hautstückchen gelang es nicht, den Parasiten aufzufinden; es schien sogar am nächsten Tage ein ganz geringes Fortschreiten stattzufinden. Dann erlosch die Krankheit, so daß man vielleicht annehmen kann, daß der der Exzision entgangene Parasit durch die mit dieser verbundenen Desinfektion und Anästhesie zugrunde ging. Histologisch ergab sich, daß die Larve in wechselnden Höhen der Epidermis gewandert war, oft an der Grenze des Papillarkörpers, aber auch in den oberflächlichen Schichten der Epidermis. Ihr Durchtritt bewirkte zunächst das Auftreten entzündlicher Läsionen im Stratum papillare und der Epidermis, in letzterer zu einer ausgesprochenen Bläschenbildung fortschreitend. Der Reichtum an eosinophilen Zellen verriet die Anwesenheit eines tierischen Parasiten.
E. Levin-Berlin.

Creeping Disease, von Euc. Lehner-Budapest. (Gyosjászat, 1922, Nr. 24.) Ein Ingenieur, der schon öfters Wespenstiche erlitten hat, fühlte an dem Unterarm einen ähnlichen Stich. Er entfernte den „schwarzen Stachel der Wespe". Vier Tage später entwickelte sich jedoch in der Mitte einer hellergroßen Hyperämiestelle ein 2 cm langer, roter, schmaler Streifen, welcher in einigen Tagen sich bis auf 8—10 cm verlängerte. Nach Betupfen mit Jodtinktur blieb diese Stelle konstant, aber es entwickelte sich ein Streifen in einer anderen Richtung. Nach Wiederbetupfen mit Jodtinktur wurde eine dritte Linie bemerkbar, am Rande etwas seborrhoisch mit 1—2 kleinen Borken belegt. Im hyperämischen Hof war ein urtikaähnliches Ödem, und das Epithel war in der ganzen Länge der Linie mit Serum gefüllt. In der gesunden Hautpartie war ein $^1/_2$ cm langes, schwarzes Gebilde zu sehen, wie ein Span. Nach Exzision wurde eine 0,6 cm lange, lebende Larve erkannt. Ihre Gestalt war eine verzogene Ellipse, bestand aus zehn

Digitized by Google

Gliedern, und jede war mit Stacheln umsäumt. Nach fachkundiger Meinung soll sie eine Larve der in die Gruppe der Muskarien eingereihten Ostriden sein. Die in dem Stichkanal gefundenen stark lichtbrechenden Gebilde sollen nur Exkremente und keine Sporen oder Eier sein. M. Porosz-Budapest.

Ein neues Krätzemittel Sarscato, von Smechula-Hannover. (D. m. W., 1922, Nr. 34, S. 1040—1041.) Empfehlung eines neuen Geheimmittels zur Behandlung der Skabies. F. Harry-Berlin.

Scabisapon, ein neues Krätzemittel, von Lewinski-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 20, S. 628.) Scabisapon ist eine seifenartige Masse mit 20% Schwefel, 5% Kalium carbon. und 0,1% Nicotin. salicyl. Das Mittel wird in Tuben von 50 g von der Firma Dr. H. Müller & Co., Berlin, geliefert. G. Heymann-Elbing.

„Saruol" als Antiskabiosum, von Bien-Dortmund. (Ther. d. Ggw., 1922, Nr. 10, S. 399.) Das Krätzemittel Saruol (Hadra) enthält Sulf. 20%, Naphthol 2%, Acid. sal. 1%, Acid. carbolic. 1%, ist farblos und riecht leicht parfümiert; es hat die Konsistenz einer dünnflüssigen Salbe, fettet aber nicht. Die Wirkung war gut und sicher; postskabiöse Ekzeme wurden nicht beobachtet. A. de Lemos-Hamburg.

Über chirurgische Komplikationen bei Trichozephalus- und Oxyurisinfektion (Invagination bei Trichozephalus- und Oxyuristyphlitis, periproktitische Oxyurisabzesse), von Anschütz-Kiel. (Kl. W., 1922, Nr. 44, S. 2174.) Den Nematoden ist von den Chirurgen größere Aufmerksamkeit zu schenken. Auch die Oxyuren veranlassen, wenn auch in geringerem Maße, Eosinophilie. Bei Invaginationen ist auf Blutbild und auf Stuhluntersuchungen nach Würmern und Tieren zu achten. In drei Fällen fand Verf. Nematoden als Ursache der Invagination und in zwei Fällen Oxyuren in periproktitischen Abszessen. Bei letzteren durchwandern die Oxyuren die Darmwand unter Mitnahme der Infektionserreger und verursachen so den periproktitischen Abszeß. E. Langer-Berlin.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Schutzimpfungen gegen Skarlatina, von E. Strössner-Budapest. (Vorläufige Mitteilung.) (Orvosi Hetilap, 1922, Nr. 41.) Impfstoff aus drei Stämmen von Skarlatina und aus einem Stamm von Phlegmone gezüchteten Streptokokken. Alle waren grampositiv mit starker Hämolyse und bei Tierimpfungen nicht pathogen. Die Impfversuche wurden bei 50 Kranken im Alter von 1—35 Jahren ausgeführt. Die Erkrankten reagierten viel stärker. Die Gesunden vertrugen die Impfungen fast ausnahmslos. M. Porosz-Budapest.

Prophylaxe der Scharlachnephritis, von A. Gross-Kisjenö. (Gyogyászat, 1922, Nr. 43.) Von dem fünften bis sechsten Tage an reicht der Autor seinen Pat. dreimal täglich in kleinen Dosen Urotropin (nach dem Essen) „zur Desinfizierung der Nieren". M. Porosz-Budapest.

Hämolytische Streptokokken in den Fäzes Scharlach- und Nephritiskranker (Haemolytic Streptococci in the Faeces of Patients Suffering from Scarlet Fever and Nephritis), von E. Wordley. (Lancet Nr. 5168.) Hämolytische Streptokokken sind reichlicher in den Fäzes Scharlach- und Nephritiskranker als in denen normaler Patienten. Der Streptokokkustyp, der aus den Fäzes solcher Fälle isoliert wird, ist kein einheitlicher; er scheint jedoch für Meerschweinchen nicht pathogen zu sein. R. Erichson-Kiel.

Prophylaktische Behandlung gegen Masern mittels Rekonvaleszentenserums (Prophylaxie de la rougéole par les injections prévention de sérum de convalescent), von P. Nobécourt und J. Paraf. (Presse méd., 1922, Nr. 46, S. 497.) Die Geschichte der Masernprophylaxe beginnt mit den ersten Beobachtungen von Nicolle und Conseil im Jahre 1918, doch ist die Methode erst durch die Publikationen von Degwitz, Kutter, Manchot und Reiche u. a. als praktisch verwertbar erwiesen. N. und P. haben bei einigen 20 Kindern die Methode geübt und bewährt gefunden. Sie verwendeten Serum, das von drei verschiedenen Gebern im Alter von 10, 20 und 23 Jahren je am zehnten, zwölften und elften Tage nach der Entfieberung gewonnen wurde. Nach zweimaliger Erhitzung auf 56° wurde das Serum in Dosen von 3 ccm in der üblichen Weise subkutan verabreicht. Irgend eine Schädigung wurde bei dieser ja sehr kleinen Beobachtungsreihe nicht konstatiert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur pathologischen Histologie des Masernexanthems, von S. Abramow-Moskau. (Virch. Arch., 1921, Bd. 232, S. 1—21.) Im Anfangsstadium der Affektion ist

Digitized by Google

Vakuolisierung der Zellen der Malpighischen Schicht festzustellen. Im weiteren Verlauf werden die degenerierten Zellen in das Korium nach unten zu abgestoßen, wo sie Anhäufungen in Gestalt blasser Kugeln bilden. Um sie herum kommt es zu Riesenzellen- und Infiltratbildung mit folgender Resorption der Kugeln. Die mächtige Hornschicht bildet ein Hindernis für die Abstoßung nach oben. Außerdem zeigen sich umschriebene, tiefere, perivaskuläre Infiltrate und solche um Haarbälge und Schweißdrüsen infolge der Wirkung des Masernvirus. H. Soltmann-Leipzig.

Masernstudien (Studies on Measles), von Rinya Kawamura, Path. Inst. Niigata. (Japan med. World, Febr. 1922, S. 31—34.) Es ist Verf. gelungen, mit dem Blut eines masernkranken Knaben, vor Ausbruch des Exanthems entnommen, bei Affen durch subkutane Injektion Masern zu erzeugen. Mit dem Blut dieser künstlich infizierten Affen ließen sich bei Affen wiederum Masern hervorrufen. Dagegen blieben die geimpften Kaninchen und Meerschweinchen in allen Fällen frei von Masern. Der Verlauf der Masern bei den Affen entsprach klinisch, hämatologisch und histologisch den Befunden beim Menschen. A. de Lemos-Hamburg.

Zur Masernprophylaxe, von E. Schilling-Chemnitz. (Kl. W., 1922, Nr. 50, S. 2471). Als Schutz gegen Masern empfiehlt Verf. auf Grund eigener Prüfungen die rechtzeitige Injektion rechtzeitig — und zwar am sechsten Tage nach der Entfieberung — entnommenen Rekonvaleszentenserums. Serum, das vor der Entfieberung abgenommen wird, zeigt keine sichere Schutzwirkung. Reizserum aus der Kantharidenblase masernkranker Kinder verleiht keinen Schutz. Das Material des Verf. über unspezifische Masernprophylaxe mit Normalserum, Kaseosan usw. ist zu klein, um sichere Schlüsse zuzulassen, jedoch scheint auch durch unspezifische Reaktionen die Abwehrkraft des Organismus erhöht zu sein. E. Langer-Berlin.

Über die noch immer wirksame Kuhpockenimpfung auf den Philippinen-Inseln (Vaccination in the Philippines Still Effective), von V. G. Heiser und Ch. N. Leach-Manila. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 1, S. 40—41.) Verff. berichten über die letzte Blatternepidemie von 1918 auf den Philippinen, die 50000 Todesopfer unter der Bevölkerung forderte. Als Folge davon stellten die Impfgegner die Behauptung auf, die staatlich eingeführte Impfung hätte die Todesfälle zur Folge gehabt. Die Verff. weisen nun nach, daß unter den Nichtgeimpften 93% Todesfälle und nur 7% unter den Geimpften vorgekommen sind. Daß trotz allgemeinen Impfzwanges dennoch so viel Ungeimpfte sich befanden, lag daran, daß in den entlegenen Gegenden der Inseln die Lymphe aus Mangel an Eis ihre Wirksamkeit einbüßte. Die Todesfälle unter den Geimpften führen die Verff. auf den hohen Virulenzgrad der Pockenerreger zurück. Im Gegensatz zu den Behauptungen der Impfgegner zeigt gerade diese Epidemie, daß sie überall dort bald erlosch, wo die Impfung streng durchgeführt wurde.
F. Quasig-Hamburg.

Über reine Gehirnvakzine und seine Virulenz für den Menschen (Vaccine pure cérébrale. Virulence pour l'homme), von C. Levaditi und S. Nicolau. (Extr. d. Compt. rend. d. séanc. d. l'Acad. d. Scienc., Sitzung vom 23. Jan. 1922, Bd. 174, S. 249.) Verff. haben andererorts gezeigt, daß der Kuhpockenvirus in Reinkultur, in das Gehirn eingebracht, seine Fähigkeit zur Fortpflanzung auf der Haut nicht verliert, intravenös eingebracht, kommt es zu einer generalisierten Vakzineerkrankung. Der Affe reagiert auf den zerebralen Typus mit einem pustulösen, bläschenförmigen Exanthem. Für den Menschen verliert der über acht Monate im Kaninchenhirn kultivierte Keim seine Affinität nicht. Dem Neugeborenen, dem Säugling oder dem Jüngling eingeimpft, entsteht die typische Hauterkrankung. So ersieht man daraus, daß die Virulenz des Virus gewissermaßen konstant ist; seine Eigenschaft hält sich bei jeder Temperatur.
A. Rosenburg-Berlin.

Die neurotrope Affinität des Vakzinevirus (Affinités neurotropes du virus de la vaccine), von C. Levaditi, P. Harvier und S. Nicolau. (Extr. d. Compt. rend. d. séanc. d. l. Soc. d. Biolog., Sitzung vom 16. Juli 1921.) Verff. haben die Befunde Maries nachgeprüft und fanden ebenfalls, daß der Kuhpockenvirus im Gehirn des Kaninchens gezüchtet werden kann, wenn sie auch nicht einen so konstanten positiven Befund hatten, wie Marie. Im Gegensatz zum Bazillus der Enzephalitis zeigt der Kuhpockenvirus keine konstante neurotrope Affinität. Während der Enzephalitiskeim sich überall gut anpaßt, wächst der Kuhpockenkeim nur schwer im Gehirn. Im Verlauf ihrer Versuche stellten Verff. fest, daß durch die Passage mehrerer Organe, vom Hoden zum Gehirn und umgekehrt, es möglich ist, eine vermehrte neurotrope Affinität zum Gehirn zu erzielen, vielleicht auf Kosten der Hautaffinität. A. Rosenburg-Berlin.

Digitized by Google

Über intrauterine Vakzination (On the Intrauterine Vaccination), von Toyoichi Ohtawara-Tokio. (Japan med. World, Sept. 1922, S. 254—258.) Um die Frage zu klären, ob die Pockenschutzimpfung einer graviden Frau dem Neugeborenen Immunität verleiht, hat Verf. Versuche an schwangeren Kaninchen angestellt; denn die an japanischen Frauen angestellten Versuche können kein einwandfreies Resultat ergeben, weil in Japan der Impfzwang eingeführt ist, infolgedessen also alle Frauen als Kinder geimpft sind, während zur Klärung dieser Frage die in der Gravidität vorgenommene Impfung die erstmalige sein muß. — Bei den Kaninchenversuchen zeigte es sich nun, daß die Neugeborenen der geimpften Mütter fast stets immun gegen Variola sind; ferner daß die Immunität der Neugeborenen eine aktive ist. Es ließ sich bei den immunen Jungen das Virus in den Organen (Lunge, Leber, Niere) nachweisen, dagegen nicht im Blut und nicht in der Haut. A. de Lemos-Hamburg.

Über die bakteriologischen Blutbefunde bei Fleckfieberkranken, von M. Glusman und L. Kandiba, Bakt. Inst. d. Charkower Med. Ges. (Zschr. f. Hyg. u. Inf.-Krh., Bd. 96, H. 3, S. 337—346.) Verff. fanden bei 63% aller Fleckfieberkranken ein anaerobes Stäbchen, das schon Plotz beschrieben hat. Dieses Stäbchen ist für Meerschweinchen und Kaninchen nicht pathogen. Im Blute von Fleckfieberrekonvaleszenten findet man Antistoffe gegen das Plotzsche Stäbchen in 66—70% der Fälle. Dieselben Antikörper findet man aber auch im menschlichen Blute, das augenscheinlich keine Beziehung zum Flecktyphus hat, in 40% der Fälle. Fürs erste fehlen genügende Tatsachen, um das Plotzsche Stäbchen für den Erreger des Fleckfiebers zu halten. Die Impfung mit Plotzschen Stäbchen ist unschädlich und scheint kaum Immunität gegen Flecktyphus zu erzeugen. M. Stern-München.

Behandlung der Beulenpest mit Neosalvarsan (Bubonic Plague Treated with Neosalvarsan), von W. J. Simpson. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3213, S. 190.) Im Gegensatze zu Mansoor rühmt Simpson die Haffkinesche Prophylaxe, die er selbst mit bestem Erfolge auch unter mangelhaften sanitären Verhältnissen erprobt habe.
E. Sklarz-Berlin.

Über die Entwicklung der Spirochaeta recurrentis im Organismus des Menschen, von E. I. Marzinowski-Moskau. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 25, H. 8.) Die Spirochäten des Rückfallfiebers gehen teils unter dem Einfluß der vom Organismus zum Ende des Anfalles erzeugten Antikörper zugrunde, teils bilden sie feste eingerollte Formen, die Zysten analog sind. Die Präparate des Salvarsans (Neosalvarsan usw.) wirken nur schwach, im Stadium der festen Spirochätenformen angewandt. Der Untergang der Spirochäten im Organismus findet durch Auflösung der Parasiten und im stärksten Maß durch Phagozytose statt. Die Phagozytose führt zum Untergange nur der vegetativen Formen, während die festen eingerollten Formen in den Leukozyten ihre Lebensfähigkeit bewahren. Die Leukozytenfermente zerstören die äußere Hülle der resistenten Formen, aus welchen erneute und resistentere Spirochäten herausschlüpfen. Die Perioden der intraleukozytären Entwicklung der Spirochäten entsprechen den Anfangsperioden der Apyrexie; der Beginn aber eines jeden Anfalles fällt mit der Vermehrung der aus den Leukozyten herausgekommenen Spirochäten und dem Erscheinen langer im peripheren Blute sich teilender Formen zusammen. Auf Grund des parasitologischen Studiums des Rückfallfiebers und der persönlichen Betrachtungen bei der Behandlung dieser Krankheit mit Salvarsanpräparaten findet Verf. als passendsten Augenblick für die Salvarsantherapie die ersten Tage (vor der Entstehung der aufgerollten Formen) des Anfalls oder 1—2 Tage vor dessen Anfang. G. Assmann-Kiel.

Lepra.

Bericht über die Verbreitung, den wahrscheinlichen Infektionsmodus und die Prophylaxe der Lepra (An Adress on the Spread, Probable Mode of Infection and Prophylaxis of Leprosy), von L. Rogers. (Brit. m. J., 24. VI. 1922, S. 987—990.) Die Lepra, die in Ägypten und Indien schon im 14. Jahrhundert vor Christi Geburt heimisch war, wurde in Europa erst nach den Kreuzzügen in weiterem Maße endemisch, um hier bald — bis auf wenige Gegenden — wieder abzuklingen und sich dafür in Amerika und Ozeanien zu verbreiten. Man hielt sie zunächst (1848) für ein durch Vererbung überkommendes Leiden, kam aber bald zur Erkenntnis ihrer Ansteckungsfähigkeit (1869). Niedriger Stand der Zivilisation, vielleicht auch eine an Proteinen und frischen Gemüsen arme Nahrung begünstige ihre Verbreitung, die ferner tropisches Klima bevorzugt. Eine bedeutende Rolle spielt die Hausinfektion, häufiger und längerer

Digitized by Google

Umgang mit den Leprakranken. Gefährdet sind vor allem Kinder und Erwachsene bis zum 30. Lebensjahr. Daraus ergibt sich für die Prophylaxe als wesentlichste Forderung möglichste Isolierung des Erkrankten. In diesem Sinne stellt die möglichst frühzeitige Behandlung frisch Erkrankter mit Fettsäure (Chaulmoograöl, Lebertran, Sojabohne u. a.) auch eine Präventivmaßnahme zum Schutze noch nicht Betroffener aber Gefährdeter dar. E. Sklarz-Berlin.

Ein Fall von lepröser Keratitis punctata (A Case of Leprous Keratitis Punctata), von Marcus J. Levitt-Brooklyn. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 7.) Kasuistik. E. Levin-Berlin.

Studien über Ratten-Lepra (Studies ou Rat Leprosy), von M. Uchida, Bakt. Inst. Tokio. (Japan med. World, Januar 1922, S. 4—7.) Am stärksten befallen sind die Haut, die Lymphdrüsen und das subkutane Gewebe. In etlichen Fällen fanden sich auch Veränderungen in den Lungen. In den Ausstrichen der erkrankten Hautpartien und der Lymphdrüsen finden sich die Bazillen oft so zahlreich wie in einer Reinkultur. In den schweren Fällen sind die Bazillen in fast allen Organen nachweisbar. Aufschwemmungen von bazillenhaltigem Material der erkrankten Ratten wurden gesunden Ratten, Meerschweinchen, Mäusen und Kaninchen eingespritzt. 4—5 Monate danach erkrankten die Ratten fast alle an genereller Lepra; bei den Mäusen bleibt die Erkrankung lokal begrenzt, bei den Kaninchen und Meerschweinchen sind die Bazillen 2—3 Monate lang an der Injektionsstelle nachweisbar, zu einer Vermehrung kommt es nicht. Versuche mit Erregern der Lepra des Menschen führten bei den Ratten in keinem Fall zu einer Erkrankung, nach 4—5 Monaten waren in den regionären Drüsen der Injektionsstelle Bazillen nachweisbar, an der Stelle selbst nicht, eine Vermehrung bzw. Tendenz dazu war nicht festzustellen. Säurefeste Stäbchen in großen Mengen zeigten sich in den Körpern der Flöhe, die sich in den Käfigen der leprösen Ratten befanden; ob es sich aber um echte Leprabazillen handelt, ist fraglich; jedenfalls gelang es nicht, gesunde Ratten damit zu infizieren. Verf. ist es in vier Fällen gelungen, die Rattenleprabazillen zu züchten. Die Bazillen dieser Kulturen sind unbeweglich und grampositiv; leicht nach Ziehl zu färben. Alle vier Stämme haben Kaninchen und Meerschweinchen gegenüber keine pathogenen Eigenschaften. A. de Lemos-Hamburg.

Die Behandlung und Prognose der Lepra (The Treatment and Prognosis of Leprosy), von P. Harper. (Brit. m. J., 8. VII. 1922.) Verf. empfiehlt die intravenöse Darreichung von Chaulmoograöl. Die Prognose ist in frühen und leichten Fällen gut. Die Mehrzahl der Erkrankten stirbt an Tuberkulose und Sepsis. E. Sklarz-Berlin.

Die Behandlung der Lepra mit dem Äthylester des Chaulmoograöls, von Fr. Engel. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., Bd. 26, H. 6.) Verf. hat bei der Bekämpfung der Lepra seit 1907 bei ungefähr 70 Kranken ausschließlich das von der Fa. Beyer, Elberfeld, hergestellte Antileprol, den Äthylester des Chaulmoograöls, verwandt und nicht nur bei der tuberkulösen Lepra auffallende Besserung und anscheinende Heilung gesehen, sondern auch bei der Misch- und Nervenlepra. Er empfiehlt auf Grund seiner reichen klinischen Erfahrung Antileprol als ein entschieden wirksames Mittel gegen Lepra. G. Assmann-Kiel.

Erfahrungen mit Chaulmoograöl-Derivaten bei Lepra (Experience with Chaulmoogra Oil Derivatives in Treatment of Leprosy), von H. Morrow, E. L. Walker und H. E. Miller-San Francisco. (J. Am. med. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 6, S. 434 bis 440.) Als am meisten wirksam haben sich die Butyl- und Propylester der Chaulmoograsäure, intragluteal gegeben, erwiesen. Jedoch zeigen die Erfahrungen, wie sie an einem großen Lepramaterial auf den Hawai-Inseln gesammelt werden konnten, daß nur die frischen Fälle Besserung oder Heilung aufwiesen. F. Quasig-Hamburg.

Pharmakologische Studien über einige Derivate des Chaulmoograöls (Pharmacological Studies of a few Derivates of Chaulmoogra Oil), von M. Ohara, Pharmak. Inst. Univ. Kyoto. (Japan med. World, Januar 1922, S. 1—4.) Versuche an Fröschen, Kaninchen und Mäusen. Das Öl selbst wie seine Derivate (Natrium-Gynokard, Gynokard-Äthylester, Gynokard-Jodäthylester) erzeugt zentrale Lähmung bei Einverleibung in die Lymphbahn. Am isolierten Froschherzen ist die Wirkung gering. Am Kaninchenuterus wirkt es erregend auf die Muskeln direkt. Die Blutgefäße werden kontrahiert, der Blutdruck senkt sich vorübergehend. A. de Lemos-Hamburg.

Digitized by Google

Tuberkulose.

Zur Toxizität verschiedener Alttuberkuline und zur Frage der Tuberkulinschädigung durch diagnostische Dosen, von Schwermann-Schöneberg bei Wildbad. (D. m. W., 1922, Nr. 34, S. 1127—1128.) Erwiderung auf die Arbeit von Neustadt und Stadelmann in der Klin. W., 1922, Nr. 4. 1. Bei der vergleichenden Prüfung der Wirkung verschiedener Tuberkuline wurde weder die Tuberkulinüberempfindlichkeit noch die Giftgewöhnung berücksichtigt. 2. Die Tuberkulinschäden sind darauf zurückzuführen, daß die Tuberkulinprobe in den betreffenden Fällen kontraindiziert war. 3. Die Zweifel an der Spezifizität des Tuberkulins sind unberechtigt, da ein tuberkulosefreier Körper niemals auf Tuberkulin reagiert. F. Harry-Berlin.

Beitrag zur Eigenharnreaktion nach Wildbolz, von A. Andreasch, Univ. Kind.-Kl. Graz. (Arch. f. Kinderhlk., Bd. 71, H. 3, S. 169—174.) Eine positive Eigenharnreaktion kommt bei aktiver Tuberkulose häufig vor. Eine negative beweist nichts gegen aktive Tuberkulose. Die Reaktion scheint nicht auf Tuberkulin zurückgeführt werden zu können. Die Eigenharnreaktion fällt bei nicht infizierten und sicher inaktiv tuberkulösen Kindern negativ aus. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Beiträge zur Frage der Tuberkulinwirkung, von H. Adler-Prag. (Med. Kl., 1922, Nr. 30, S. 967.) Verf. hat in der Klinik von R. Schmidt Versuche angestellt, um der Frage näher zu treten, ob bei der Behandlung von Tuberkulösen mittels Injektion von unspezifischen Proteinkörpern eine Anreicherung der Tuberkuloseantikörper im Organismus hervorgerufen wird. Es wurden vergleichende Beobachtungsreihen angestellt bei 62 Pat., eingehender bei 29, von denen 11 mit Alttuberkulin, 15 mit Milch und 3 mit Röntgenstrahlen behandelt wurden. Aus der eingehenden Darlegung ist zu entnehmen, daß dabei eine Erzeugung bzw. Steigerung der spezifischen Tuberkuloseantikörper nicht erziehlt wird, wobei Verf. betont, daß hieraus allerdings kein Rückschluß auf die Frage nach der Spezifität der Tuberkulintherapie zu ziehen ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Muß die Hautreaktion nach Groer-Hecht mit der spezifischen Tuberkulinreaktion parallel gehen?, von Paul Holzer und Erich Schilling-Chemnitz. (Klin. W., 1922, Nr. 33, S. 1654.) Für die Hautreaktion und ebenso für die spezifische Tuberkulinreaktion ist der Turgor der Haut, ihre Empfindlichkeit und die nervöse Gefäßregulation wahrscheinlich ausschlaggebend. Zwischen allgemeiner und spezifischer Reaktion findet sich bei den verschiedensten Krankheiten und bei verschiedenen Graden der Tuberkulose teilweise kein Parallelismus, wobei bald die eine, bald die andere Reaktion stärker ist. Bei Kindern fand sich ein rasches Auftreten und nach 30—45 Min. ein Verschwinden der Primärreaktion. Es bestand kein Parallelismus der unspezifischen und spezifischen Hautreaktionen. Bei Erwachsenen stellten die Verff. für Morphin 1 und 4% die Reaktion in Form von Erythem und Lymphagogie am stärksten fest, dagegen verzögert und schwach für spezifische Tuberkuline. Bei alten Leuten fand sich eine Parallelität. Neurosen zeigten meist eine starke und schnelle und lang anhaltende Primärreaktion und entsprechende Sekundärreaktion. E. Langer-Berlin.

Spezifische Intrakutanbehandlung, von H. Schulte-Tigges-Honnef. (D. m. W., 1922, Nr. 36, S. 1203—1205.) Bei prognostisch ungünstigen Tuberkulosen fibrös-knotiger, knotiger und knotig-pneumonischer Natur hat sich die Intrakutanbehandlung gut bewährt. Bei gutartigen Fällen bietet sie keinen Vorzug vor subkutanen und intramuskulären Methoden. Tuberkuline und Partigene zeigten bei der Intrakutanbehandlung den gleichen therapeutischen Effekt. F. Harry-Berlin.

Bedeutet die Anwendung lebender Tuberkelbazillen einen Fortschritt in der spezifischen Behandlung der Tuberkulose?, von H. Selter-Königsberg. (D. m. W., 1922, Nr. 36, S. 1095—1097.) Die lebende Bazillenemulsion und das Vitaltuberkulin vermögen nicht die im tuberkulosekranken Körper vorhandene Immunität zu steigern. Sie wirken ebenso nur durch das in ihnen enthaltene Tuberkulin. Schädigende Wirkungen wurden nicht beobachtet. F. Harry-Berlin.

Experimentelles zur Prüfung der Frage, inwieweit der Lupus auf humaner oder boviner Infektion beruht, von M. Kirchner. (Zschr. f. Tbk., Bd. 36, H. 7, S. 483.) K. fand bei seinen Untersuchungen erheblich mehr bovine Fälle wie Rothe und Bierotte im Institut für Infektionskrankheiten und wie die englische Tuberkulosekommission (1907). Zur Züchtung erwies sich der Eiernährboden dem Glyzerinagar überlegen. Die Untersuchungen ergaben sehr verschiedene Resultate bei Tierversuchen und Züchtung bezw. Virulenz der verschiedenen Fälle bzw. Erreger, und bzw. des hu-

Digitized by Google

manen und des bovinen Wachstums in Reinkultur. Die Untersuchungen an bisher noch verhältnismäßig sehr kleinem Material sollen fortgesetzt werden. Diese Arbeit wurde im Lupusausschuß der Deutschen Tuberkulose-Konferenz 1922 in Bad Kösen vorgetragen. An der anschließenden Erörterung beteiligten sich Zieler-Würzburg, Rabinowitsch-Kempner-Berlin, Mayer-Berlin, Neufeld-Berlin, Schilling-Berlin, Weber-Dresden. Die Ergebnisse Kirchners führten zu dem Schluß, daß eine Überführung des humanen in den bovinen Typus des Tuberkelbazillus durch Tierpassage unmöglich ist; Rabinowitsch hält dies nicht für völlig ausgeschlossen. F. Hirsch-Ulm.

Über einen Nebenbefund am Knochensystem bei Lupus pernio, von H. Lippert-Elberfeld. (Klin. W., 1922, Nr. 45, S. 2240.) 48jähr. Frau, die neben einem Lupus pernio im Gesicht eine Ostitis cystica fibrosa aufweist. Ähnliche Fälle stammen von Brock (2 Fälle) und Muschter (1 Fall). Es wird auf den eventuellen ursächlichen Zusammenhang der beiden Krankheiten aufmerksam gemacht. Jedenfalls ist das zeitliche Zusammengehen der Haut- und Knochenerscheinungen auffallend. Manifeste Tuberkulose liegt nicht vor, doch hat Pat. Tbc. pulm. überstanden und eine Tochter ist tuberkulös. Entweder könnte es sich um eine Form der Tuberkulide handeln oder durch die überstandene Tuberkulose ist für eine andere nicht näher bekannte Infektion der Boden geschaffen. Welche Rolle die innersekretorischen Drüsen spielen, ist zweifelhaft und fraglich. E. Langer-Berlin.

Die Chaulmoograölbehandlung tuberkulöser Laryngitis (The Chaulmoogra Oil Treatment of Tuberculous Laryngitis), von R. A. Peers und S. J. Shipman-Colfax, Kalifornien. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 6, S. 461—462.) In allen 7 Fällen wurde das Fieber leicht gemindert. Auf das Allgemeinbefinden schien die Behandlung aber ungünstig zu wirken. Verff. raten daher zur Vorsicht. F. Quasig-Hamburg.

Chaulmoograöl bei der Behandlung tuberkulöser Laryngitis (Chaulmoogra Oil in the Treatment of Tuberculous Laryngitis), von F. L. Alloway und J. E. Lebensohn-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 6, S. 462—463.) Die Verff. haben 40 Fälle tuberkulöser Kehlkopfentzündung mit 20%iger Lösung von Chaulmoograöl täglich behandelt. Abgesehen von den extremen Fällen erzielten die Verff. mit ihrer Behandlungsmethode recht gute Erfolge, so daß oft nur wenige Einspritzungen erforderlich waren, um Heiserkeit und Schluckschmerzen zu beheben. Erwähnt sei auch, daß ein Fall von Lupus der Nase ein befriedigendes Resultat nach dieser Behandlung gab. F. Quasig-Hamburg.

Kohlenbogenlichtbehandlung des Lupus und der chirurgischen Tuberkulose, von Arnold Fried. (M. Kl., 1922, Nr. 22, S. 695—696.) Die Bestrahlung ist bei sehr ausgedehnten Lupusherden angezeigt. Die hypertrophischen Formen können in planen Lupus umgewandelt werden. Ulzerierte Formen werden rasch zur Überhäutung gebracht. Die Manifestationen des Lupus auf der Mundschleimhaut, im Rachen und Kehlkopf zeigen günstige Beeinflussung. Alle Erscheinungsformen der kolliquativen Hauttuberkulose, sowie die chirurgischen Tuberkulosen werden im Intervall zwischen zwei Röntgenbestrahlungen zweckmäßig der Kohlenbogenlichtbehandlung unterzogen. Es gelingt dadurch, die Gesamtröntgendosis zu verkleinern. G. Heymann-Elbing.

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Die Entwicklung der Syphilis in Persien im Verlauf der Jahrhunderte (La Syphilis en Perse à travers les siècles), von Ch. Christidi-Konstantinopel. (Presse méd., 1922, Nr. 21.) Nach Schriften, welche Isah Mirza Khan in der Nähe von Ispahan aufgefunden hat, ist Syphilis nebst Lepra dort schon um das Jahr 450 vor Christi Geburt bekannt. Man sah aber diese beiden Affektionen nur als zwei Formen der gleichen Krankheit an. Auch gaben Modellierungen im Besitz des Archäologen Mayerberr, daß syphilitische Prozesse in Persien schon im fernen Altertum bekannt gewesen sein müssen. Es wird angenommen, daß phönizische Handelsleute das Leiden zuerst dort einführten. Als ein besonderes Merkmal der Syphilis in Persien hebt Verf. deren Gutartigkeit bei Europäern und Eingeborenen hervor. Bemerkenswert ist auch, daß die Spirochäten dort im allgemeinen in kürzerer und weniger geschlängelter Form angetroffen werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Syphilis bei verschiedenen Berufen, besonders bei Farmern (A Memorandum On the Occupational Study of Syphilis, With Special Reference to Farmers),

Digitized by Google

von J. H. Stokes und H. E. Brehmer-Rochester, Minn. Verff. haben die Syphilisinfektion bei Farmern und Eisenbahnbeamten vergleichend untersucht, aber keinerlei einschneidenden Unterschied beobachten können. Aus den Befunden geht hervor, daß die latente Syphilis weniger aus dem Blutbefund, als aus dem Spinalbefund, dem Nerven- und Augenbefund zu erkennen ist, worauf man noch mehr als bisher achten muß. A. Rosenburg-Berlin.

Gibt es spontan vererbbare Krankheiten? Syphilis und familiäre Leiden (Existe-t-il des maladies par génération spontanée: syphilis et maladies familiales), von E. Leredde. (Presse méd., 1922, Nr. 57, S. 609). Ausgehend von einem Fall von familiärem Basedow, bei dem sich nach anfänglichem Übersehen schließlich Syphilis nachweisen ließ, weist Verf. auf die große Bedeutung der Syphilis für das Auftreten familiärer Erkrankungen hin und fordert in jedem Fall von ererbtem Krankheitszustand genaueste Forschung nach luetischen Symptomen bei dem Träger und seiner Familie. Er glaubt annehmen zu müssen, daß familiäre Affektionen in den meisten Fällen eine externe, infektiöse Ursache, die in der überwiegenden Mehrzahl Syphilis ist, haben. Ein mannigfaltiges kosmetisches Material sowie theoretische Erwägungen sollen diese Annahme stützen. A. Bommer-Heidelberg.

b. Pathologie und Klinik.

Einfluß toxischer Exantheme auf den Ablauf der Syphilis, von A. Buschke-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 41, S. 1373.) Erwiderung auf die Ausführungen von Kleinschmidt in Nr. 29, der im Gegensatz zu der vom Verf. aufgestellten These keinen günstigen Einfluß toxischer Exantheme auf den Ablauf der Syphilis beobachtet hat. Die Mitteilungen Kleinschmidts erweitern des Verf. These dahin, daß Exantheme nicht nur günstig, sondern auch ungünstig wirken können, wie es auch bei der parenteralen Therapie der Fall ist. Für den Einfluß des Exanthems auf den Ablauf der Lues ist der Zeitpunkt von Wichtigkeit, in dem das Exanthem auftritt. Es muß erst weiteres Material gesammelt werden, bevor ein abschließendes Urteil gefällt werden kann.
F. Harry-Berlin.

Syphilis und Wassermannsche Reaktion. Die syphilitische Basis der „essentiellen" Epilepsie (La domaine de la syphilis et la réaction de Bordet-Wassermann, nature syphilitique de l'épilepsie „essentielle"), von E. Leredde. (Presse méd., 1921, Nr. 96, S. 949.) Neben einer allgemein gehaltenen Darlegung der Gesichtspunkte, welche für die Annahme einer syphilitischen Grundlage bei verschiedenen Krankheitsbildern maßgebend sind, gibt Verf. eine tabellarische Übersicht über 14 Fälle von typischer Epilepsie, welche er auf eine syphilitische, akquirierte oder kongenitale Infektion zurückführt, und bei denen eine sorgfältige antisyphilitische Behandlung vielfach von ausgesprochenem gutem Erfolg begleitet war. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Beitrag zur galoppierenden Syphilis, von W. Kowalski-Nordenham. (D. m. W., 1922, Nr. 36, S. 1210—1211.) Mitteilung eines Falles von galoppierender Syphilis nach extragenitaler Infektion. Zuerst trat Schwellung der Tonsillen auf, dann daselbst Ulzerationen. Die Erkrankung wurde erst erkannt, als ein pustulöses Exanthem ausbrach. Heilung nach Verabreichung von 8,55 g Salvarsan. F. Harry-Berlin.

Wie kommen die Syphilisrezidive zustande? von K. Preisz-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 18—21.) Ablehnung der Lehre von „liegengebliebenen Spirochäten". Der Luetiker ist gegen seine eigenen Spirochäten immun, denn ein septischer Prozeß — wie die Spirillose — ist mit dem Abklingen der Eruption beendet. Wenn ein Rezidiv zustande kommt, so muß außer den Spirochäten noch etwas mitwirken (rauher Zahn = Papel, das Rauchen = Leukoplakie). Die Rezidive entstehen durch Metastasen, deren Quellen die Drüsen, Residuen der Syphilide usw. sind. Die Existenz der Spirochäten ist an die Gewebsveränderungen gebunden. Lues latens ist eigentlich eine verborgene Syphilis auch viszerale). Latente Syphilis ist ein latentes Syphilid. Endgültige Heilung der Syphilide wäre eine endgültige Heilung der Syphilis. Salvarsan ist ebensowenig spirillocid, wie das Quecksilber. Verf. unterscheidet 1. eine chronisch regressive Form, welche rasch, auch spontan heilt; 2. eine chronisch progressive Form (Leukoplakia, Arteritis, Tabes, Paralyse). Der Anfang ist im 3.—4. Jahre post infectionem, trotzdem die Patienten erst nach Jahren (10 Jahre) den Arzt um Rat befragen. Nach 3—4 Jahren nisten sich die Spirochäten ein, diese sind die Quellen der Metastasen. Die antiluetische Kur soll 4—5 Monate in einem Zuge dauern. Die Abortivkur kann nur im Stadium ohne Drüsenschwellung von Erfolg sein. Der Begriff „seronegatives Stadium" hat keine Existenzberechtigung. Die WR ist ein ungelöstes Problem, daher nicht geeignet, eine neue Syphilidologie zu schaffen. M. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Syphilitischer Schanker des freien Randes des oberen Augenlides (Chancre syphilitique du bord libre de la paupière supérieure). von NICOLAS, GATÉ und JUVIN. (Soc. méd. des Hôp. de Lyon; Sitzung vom 4. April 1922. — Lyon méd., 1922, Nr. 16.) Oberflächliche, lebhaft rote, stark nässende Erosion des ganzen freien Randes des linken oberen Augenlides mit Verlust der Wimpern und knorpliger Induration. Die Art der Entstehung ist nicht nachweisbar. Schnelle Besserung unter Behandlung mit Wismuttartrat. E. Levin-Berlin.

Erkennung kongenital luetischer Entzündung der Röhrenknochen (Recognition of Congenital Syphilitic Inflammation of the Long Bones), von HUBERT M. TURNBULL. (Lanc., Nr. 5156.) Verf. beschreibt die durch die kongenitale Lues an den Röhrenknochen gesetzten Veränderungen im makro- und mikroskopischen Bild. Der Artikel bringt nichts Neues. R. Erichson-Kiel.

Die syphilitischen juxta-artikulären Nodositäten (Les „nodosités juxta-articulaires" syphilitiques), von A. CANGE und R. ARGAUD. (Gaz. des Hôp., 1922, Nr. 46.) Es handelt sich um eine mit einem Syphilom übereinstimmende pathologisch-anatomische Einheit, wobei anstatt der Entwicklung zu der gummösen Degeneration der Prozeß langsam zu der fibro-zikatriziellen Metaplasie einen Weg nimmt. E. Levin-Berlin.

Zu den juxta-artikulären Nodositäten (A propos des nodosités juxta-articulaires), von F. DE QUERVAIN-Bern. (Gaz. des Hôp., 1922, Nr. 62.) Im Anschluß an den Aufsatz von CANGE und ARGAUD verlangt Verf. die Priorität für die Feststellung des Zusammenhanges der Nodositäten mit Syphilis. E. Levin-Berlin.

Luetische Krankheiten des Gefäßsystems, von J. SÜMEGI-Budapest-Balatonfüred. (Gyógyászat, 1922, Nr. 15/16.) Verf. hatte schöne Erfolge von Jod- und Merkurbehandlung kombiniert mit natürlichen CO_2-Bädern. Das Jod läßt er durch Jahre und Jahre nehmen in 2—3wöchentlichen Touren mit ebensolchen Pausen eingeschaltet, täglich 1—3 g Jodkali oder Jodnatrium. Zweimal jährlich verordnet er 12—15 Quecksilberinjektionen. Wenn die Kur so 3—4 Jahre hindurch fortgesetzt wird und die WR negativ wird, 5 Jahre Pause. Falls die WR positiv wird (jährlich untersucht) dann läßt er sofort eine intensive kombinierte Salvarsan-Hg-Kur anfangen.
M. Porosz-Budapest.

Aortitis, mit besonderer Berücksichtigung der syphilitischen (Aortitis, with Special Reference to Syphilitic Aortitis), von S. B. BOYD CAMPBELL-Belfast. (Edinburgh J., Sept. 1922, Bd. 29, Nr. 3.) Doktorarbeit; enthält nur Bekanntes.
E. Levin-Berlin.

Über Milzschwellung im Frühstadium der Syphilis, von B. PEISER-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 29, S. 925.) Untersuchungen auf der BUSCHKEschen Abteilung bei 152 Syphilitikern im primären und sekundären Stadium lieferten nur 4 Fälle von sicherer Milzschwellung. Alle 4 Fälle befanden sich im Frühstadium der Sekundärsyphilis (Infektion nicht länger als 14 Wochen zurückliegend). Bei allen bestanden sehr ausgedehnte, bei zwei sogar geradezu maligne Hautaffektionen. Alle 4 Fälle waren unbehandelt. Jedenfalls kommt der Milzschwellung bei der Syphilis keine pathognomonische Bedeutung zu. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Lungensyphilis (Syphilis of the Lung), von ALFRED FRIEDLANDER und R. J. ERICKSON-Cincinnati. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 4, S. 291—294.) Die Arbeit enthält sechs kurz beschriebene Fälle von Lungensyphilis. Die ersten vier wurden unter 791 Fällen (609 Weiße und 182 Farbige) des Sanatoriums für Tuberkulöse herausgelesen und betrafen drei Männer und eine Frau, die alle der weißen Rasse angehörten. Die Frau hatte zugleich eine Lungentuberkulose, der sie erlag. Verf. bestätigt die bisher gemachten Erfahrungen bei Lungensyphilis, daß ihre klinische Diagnose nach wie vor schwierig ist. Der Arbeit sind 15 Röntgenogramme zur Erläuterung beigegeben.
F. Quasig-Hamburg.

Über die syphilitische Erkrankung des Magens, von T. AOYAMA-Izumibashi, Charité-Hospital Tokio. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 174, H. 1—4.) Vier Fälle bei Kranken mit positiver WR im Alter von 25, 33, 34, 36 Jahren, von denen drei im Magensaft das Fehlen freier Salzsäure zeigten, während bei einem Azidität 80 mit freier Salzsäure 42 nachgewiesen wurde. Charakteristische pathognomonische Zeichen fehlen bei der Erkrankung, auch nach Öffnen der Bauchhöhle ist die Natur der Erkrankung schwer zu beurteilen, auffallend sind ausgesprochene ödematöse Schwellungen der Serosa zusammen mit anderen entzündlichen Erscheinungen. Bei Perforation der Geschwüre ist operativer Eingriff nötig, mangels sicherer diagnostischer Merkmale ist man manchmal zur Resektion der erkrankten Partie gezwungen. Die Erkrankung be-

Digitized by Google

ginnt in der Nähe der Muscularis mucosae, es kommt zu starker Bindegewebswucherung der Submukosa, Wucherung des Granulationsgewebes, welches reichlich mit Plasmazellen gemischt ist und sich in der Mukosa und der inneren Schicht der Submukosa befindet. Das hyperplastische Bindegewebe der Submukosa ist ödematös sulzig, die Verdickung der Magenwand ist hauptsächlich die Folge dieser Bindegewebswucherung. Geschwüre sind in allen Fällen vorhanden, sie sind seicht, die Muscularis mucosa ist bald erhalten, bald schon zerstört, die Submukosa in allen Fällen noch erhalten. Die Infiltration der Ränder ist nicht ausgesprochen, der Boden ist speckig belegt. E. Levin-Berlin.

Spirochäturie (Spirochaeturia). (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 5, S. 380.) Analog der Ausscheidung der Spirochaeta icterohaemorrhagiae Weil durch den Urin hat Warthin von der Michigan Universität dasselbe für die Syphilisspirochäte festgestellt. Er hat in den gewundenen Harnkanälchen massenweises Auftreten von Spirochäten beobachtet, und zwar sind die Zerstörungen dieser Organismen bedeutender, als das bei der Weilschen Spirochäte der Fall ist. Infolgedessen kommen im Urin weniger Spirochaeta pallidae vor, und damit wiederum ist der diagnostische Wert dieser Organismen im Urin geringer als bei der Weilschen. F. Quasig-Hamburg.

Zwei Fälle von Blasensyphilis, von S. Farago-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 7.) Eine 26jähr. Frau (einmal Abort) leidet bei vollkommen reinem Urin an häufigen Urindrang nur beim Tag, jede $^1/_2$—$^1/_4$ Stunde. Zystoskopbefund: Im Trigonum mohngroße bis linsengroße graue, perlmutterähnliche erhabene plaqueartige Gebilde. WR +++. Nach einer antiluetischen Kur sind die subjektiven und die objektiven Symptome verschwunden. Ein zweiter Fall mit ähnlichem Befund (2 Abortus, 1 Frühgeburt). Ein kronengroßer Plaque bis zum Sphinkter reichend, mit rotem Saum umgeben, ist sichtbar. Häufiger Harndrang auch bei Nacht. WR +++. Nach einer ebenfalls kombinierten antiluetischen Behandlung subjektiv und objektiv geheilt.
M. Porosz-Budapest.

Ein Fall von Blasenlues, von R. Picker-Budapest. (Zschr. f. urol. Chir., Bd. 11, H. 1/2, S. 43.) Blasenlues bei einem 35jähr. Manne, der an einer 18 Jahre alten, verschleppten Lues litt. Die Zystoskopie ergab ein typisches Bild einer Blasenlues. Drei farbige Abbildungen zeigen die Geschwüre im ersten Stadium mit ihrem scharfen Rande, ihrer gelben Farbe und der blauroten Umgebung sehr charakteristisch, während im zweiten und dritten Bilde das Geschwür in Abheilung resp. völlig verheilt ist. Bisher wurden im ganzen 40 Fälle diagnostiziert und geheilt.
A. Rosenburg-Berlin.

Biologische Probleme auf dem Gebiete der Nervensyphilis, von A. Hauptmann-Freiburg. (Klin. W., 1922, Nr. 43, S. 2121.) Aus dem interessanten Übersichtsreferat sei nur das Wichtigste herausgehoben. Auf Grund der bisherigen Untersuchungen muß man wohl ein dermotropes und ein neurotropes Virus annehmen. Spirochäten, die geringe lokale Reaktionen veranlassen, gefährden das Nervensystem. „Reaktionslosigkeit der Haut ist gleichbedeutend mit mangelhaften Immunvorgängen." Die Frage der Ergebnisse der Liquoruntersuchungen und der Störungen des Nervensystems im Verlaufe der Sekundärperiode ist noch ungeklärt, da die widersprechendsten Resultate vorliegen. Es darf zur Beurteilung dieser Fragen nur der therapeutisch unbeeinflußte Organismus herangezogen werden. Neben der Schädigung durch die Spirochäten kommen noch als zweite Noxe die aus den Spirochäten bei ihrem Abbau frei werdenden Toxine in Frage. Nur auf dieser auf dem freien Eiweißabbau bestehenden toxischen Komponente sind viele das Nervensystem betreffende Fragen zu erklären. Die in Betracht kommenden toxischen Produkte sind nicht schlechthin irgend welches abgebautes Eiweiß, sondern den Spirochäten eigentümliche Stoffe. Bezüglich der Therapie wird die Frage der ungenügenden Dosen Salvarsan und das Anbehandeln, die günstige die Abwehrfunktion des Organismus anregende Schmierkur, ferner Rekurrens und Malariabehandlung der Metalues gestreift. Zur Idealtherapie bei Metalues gehören 1. Anregung der Immunkörperbildung (Schmierkur, Malaria usw.) oder Zuführung spez. Immunkörper, 2. Förderung der Freßzellenbildung (Fiebertherapie, Rekurrens usw.), 3. Salvarsan.
E. Langer-Berlin.

Studien über familiär vorkommende Syphilis des Nervensystems, 1. bei Eheleuten (Studies in Familial Neurosyphilis, 1. Conjugal Neurosyphilis), von J. C. Moore und A. Keidel-Baltimore. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 1, S. 1—7.) Den in der Arbeit wiedergegebenen Zahlen und Zusammenstellungen liegen zugrunde exakte neurologische und serologische Untersuchungen einschließlich Lumbalpunktion von 52 Ehegatten von Pat. mit Zerebrospinallues. Davon waren 12 gesund, 40 syphilitisch.

Digitized by Google

Unter den Ehegatten von 21 Paralytikern war bei 16 = 70% Syphilis festzustellen. Von diesen 16 hatten 11 eine nachweisbare Erkrankung des Nervensystems, darunter 3 Fälle von Paralyse. Von 8 Tabikern hatten 6 Ehegatten Syphilis, noch nachweisbar oder früher gehabt, darunter 2 mal Taboparalyse, 1 mal Paralyse, 1 mal tertiäre Erscheinung, 2 mal nur positive Blut- oder Lumbalbefunde. In der Gruppe der syphilitischen Hirngefäßerkrankungen wurden 18 Partner bei 22 Kranken als infiziert befunden, aber nur 6 davon hatten eine Affektion des Nervensystems. Unter den 52 untersuchten Paaren war der Typ der Erkrankung nur 8 mal der gleiche und 7 mal deckte nur die Lumbaluntersuchung die Erkrankung auf. Die Gefahr der Ansteckung nimmt zu, je näher der Zeitpunkt der Infektion und der Heirat aneinanderliegen. Trotz des ziemlich hohen Prozentsatzes der nachweislichen Übertragung der nervösen Lues lehnt Verf. ab, zu entscheiden, ob ein sogenannter neurotroper Stamm der Spirochaeta pallida existiert. A. de Lemos-Hamburg.

Ein Beitrag zur Gefäßsyphilis des Gehirns, von Lucie Freund. (Virch. Arch., Bd. 232, S. 203—226.) Klinische und histologische Beschreibung eines Falles von Tabes, der unter Auftreten psychischer Erscheinungen und bulbärer Lähmungen unter der Fehldiagnose Paralyse zum Tode führte. Die Sektion ergab eine Endarteriitis luetica der kleinen Hirnrindengefäße, sowie ein großes Aneurysma der Art. basilaris mit sekundärer Erweichung im Pons. Besprechung der Beziehung der Heubnerschen Endarteriitis luetica der basalen Hirngefäße zu der der kleinen Hirnrindengefäße.

A. Blüth-Hamburg.

Die durch Syphilis bedingten Syndrome des Corpus striatum beim Greise (Les syndromes du corps strié d'origine syphilitique chez le vieillard), von J. Lhermitte und L. Cornil. (Presse méd., 1922, Nr. 27, S. 289—291.) Bericht über zwei klinisch und pathologisch beobachtete Fälle, bei denen das Corpus striatum infolge syphilitischer Infektion ausgesprochene Veränderungen aufwies. 72jähr. Greis, apathisch und mit Gedächtnisschwäche behaftet, Parese der Schluckmuskulatur und Schließmuskulatur des Mundes, Hypertonie der Muskeln des Rumpfes und der Glieder, daneben klinische Zuckungen. Parkinsonsche Krankheit. Makroskopisch fand sich bei der Sektion nur ein Schwund am Kopfe des Nucleus caudatus rechterseits, aber die mikroskopische Untersuchung zeigte bedeutende Veränderungen an den großen Zellen des Corpus striatum und auch im Globus pallidus. Die Sektion des anderen Falles ergab auch ausgesprochene destruktive Vorgänge an demselben, außerdem aber auch im Linsenkörper, im Nucleus caudatus, im Luysschen Körper und im Locus niger, zweifellos syphilitischen Ursprungs. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über asymptomatische Neurosyphilis. Die augenscheinliche Rolle der Immunität in der Genese der Neurosyphilis (Studies in Asymptomatic Neurosyphilis. The Apparent Role of Immunity in the Genesis of Neurosyphilis), von Albert Keidel-Baltimore. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 11, S. 874—876.) Tierexperimente, wie sie von Brown und Pearce gefördert sind, haben gezeigt, daß die Phänomene der Immunität nach zwei Gesetzen reagieren. Einmal das Gesetz der Progression, zweitens das der umgekehrten Proportionen. Das bedeutet, daß bei generalisierter Syphilis die Gewebe in bestimmter Reihenfolge befallen werden, z. B. ist eines der letzten das Kaninchenauge. Das wiederum bedeutet aber eine geringe Empfindlichkeit dieser Gewebsgruppe gegenüber der Syphilis und zeigt andererseits an, daß eine mangelhafte Abwehrkraft, sowie ein Mangel von Schutz bei allgemeiner Reaktion besteht. Das Gesetz der umgekehrten Proportionen zeigt sich darin, daß je stärker die lokale primäre Gewebsreaktion ist, desto geringer sind die allgemeinen klinischen Erscheinungen. Wird durch ungenügende therapeutische Dosen diese erste starke Reaktion unterdrückt, so kommt das umgekehrte zustande, wie das die experimentelle Kaninchensyphilis zeigt. Da nun das Nervensystem ebenfalls weniger empfänglich aber auch weniger reagibel ist, so lassen sich obige Gesetze auch auf dieses anwenden, zumal es in der Reihenfolge des Befallenwerdens von Syphilis am Ende der Gewebsgruppen steht. Die Neurosyphilis hängt also gewissermaßen vom Gleichgewicht zwischen Infektion einerseits und den Schutz- und überempfindlichen Immunreaktionen andererseits ab. Daß bei allen Syphilitikern das Zentralnervensystem befallen wird, steht fest. Klinisch ist jedoch bekannt, daß weniger als 50% davon neurosyphilitisch sind. Was den Schutz des Nervensystems durch Immunreaktionen anbetrifft, so haben statistische Erhebungen gezeigt, daß Pat. mit milden oder durchschnittlichen allgemeinen Ausbrüchen nervöse Schäden mit größerer Häufigkeit zeigten als Fälle umgekehrter Art. Dasselbe gilt von hinreichender bzw. nicht hinreichender Behandlung solcher Fälle. Ferner weist Verf. auf die Tatsache hin,

Digitized by Google

daß Frauen dreimal weniger klinische Zeichen von Schäden des Zentralnervensystems zeigen, wenn sie geboren haben, als Männer. Das ist vielleicht darauf zurückzuführen, daß zwischen der Schwangerschaft und den immunisierenden Prozessen eine Beziehung besteht, denn kinderlose Frauen erkranken ebenso häufig an Neurosyphilis wie Männer.
F. Quasig-Hamburg.

Periphere Fazialislähmungen der Luetiker, von M. Goldberger-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 31.) 11 Fälle wurden beobachtet. Es ließ sich nicht feststellen, ob die Fazialislähmung in kausalem Zusammenhange mit der Lues stand. Ob die vorausgegangene Behandlung mit Hg oder mit Salvarsan (Neosalvarsan) durchgeführt war, war für die Behandlung und Heilung indifferent. M. Porosz-Budapest.

Ein Fall von Tabes mit rezenter Syphilis, von Fr. Poór-Budapest. (Orv. Hetilap, 1922, Nr. 2.) Ein 60jähr. Mann mit sicheren Symptomen der Tabes (Myosis ohne Reflexe, Fazialislähmung usw.) hat im Sulkus ein in Induration gehendes Ulkus, von den Inguinaldrüsen sind einige infiltriert außerdem Roseola syphilitica. Spirochätenbefund ist positiv. WR ++++. Liquor ———. An Lues soll er nie erkrankt gewesen sein, hatte nur öfteren „Blennorrhoe" (?). Verf. hält den Fall für eine Superinfektion. M. Porosz-Budapest.

Über Spirochätenbefund bei atypischen Paralysen, von Hermel. (Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1921, Bd. 73, H. 4—5, S. 419.) Reichliche Spirochätenbefunde bei allen Fällen mit vielen miliaren Gummen, enzephalitischen Herden und unorganisierten Granulationsherden. Bei zwei akut verlaufenden Fällen mit stark infiltrativen Vorgängen ebenfalls positiver Spirochätenbefund. Bei einem Fall mit geringen infiltrativen Erscheinungen, aber schwersten Parenchymdegenerationen fand man keine Spirochäten. Keine Spirochäten fanden sich bei stationärer Paralyse, nur in einem klinisch und anatomisch erneut aufflackernden Prozeß gelang der Nachweis. Positiv war der Befund bei seniler und juveniler Paralyse. Bei schweren herdförmigen Ausfällen fanden sich im allgemeinen in den stärker befallenen Partien keine Parasiten; nur bei schweren enzephalitischen und myelitischen Vorgängen sah H. vereinzelte Spirochäten, wie auch in einem Falle mit lobulärer Kleinhirnatrophie mit starken Infiltrationen. Keine Spirochäten waren vorhanden bei der Endarteritis syphilitica der kleinen Hirnrindengefäße. F. Hirsch-Ulm.

Einige Bemerkungen zur Histopathologie der Paralyse und Tabes mit besonderer Berücksichtigung des Spirochätenbefundes, von Jakob. (Arch. f. Psych., Bd. 65, 1922, H. 1—3, S. 191.) Unter 140 beobachteten Fällen fand J. bei drei auffallenden Parallelismis zwischen Schwere der Gewebsveränderungen ihrer Lokalisation und dem Spirochätenbefund. Der früher so ausgeprägte makroskopische Paralysenbefund (Piaverdickung, Windungsschrumpfung und Ependymgranulation) wurde in den letzten Jahren seltener beobachtet, dagegen mehr Atypien, gummöse Bildungen und dgl. Die Degenerationen im Rückenmark bei Paralyse sind als primär aufzufassen; ebenso die anatomische Unterlage der reflektorischen Pupillenstarre; in den Augenmuskelkernen gelang der Spirochätennachweis bisher nicht. Bei der Tabes fehlt einstweilen die befriedigende Erklärung für die systematische Degeneration gewisser endogener Faserzüge, während die sekundärdegenerative Hinterstrangfaserentartung auf lokale Spirochäteneinwirkung zurückzuführen ist. F. Hirsch-Ulm.

Über Augenlues, von R. Hessberg-Essen. (M. Kl., 1922, Nr. 30, S. 954.) Verf. gibt eine umfassende Darstellung der klinischen Erscheinungen der luetischen Augenerkrankungen, deren Bedeutung schon aus der Tatsache erhellt, daß im Mittel an den Augenkliniken etwa 6% aller Kranken an Augenlues leiden, und daß (nach Widmack) Blindheit zu 14—15% auf Syphilis zurückzuführen ist.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Totgeburten oder kurz nach der Geburt vorkommende Todesfälle (Neo-Natal-Death), von Francis J. Browne. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3222, S. 590.) Browne hat 35 Fälle von Lues congenita untersucht und mit Ausnahme eines Kindes, das noch sechs Wochen am Leben blieb, starben alle innerhalb 14 Tage nach der Geburt, in einigen Fällen tat das Kind nur 1—2 Atemzüge. Merkwürdigerweise sind relativ selten von seiten der Mutter ausgesprochene syphilitische Erscheinungen oder genaue anamnestische Daten vorhanden: so wurden auch bei 17 mazerierten syphilitischen Föten in 13 Fällen von seiten der Mutter kein klinischer Befund an Syphilis erhoben. M. Stern-München.

Syphilis als Todesursache vor der Geburt (Syphilis as a Cause of Ante-Natal-Death), von J. N. Cruickshank-Glasgow. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3222, S. 593—594.)

Digitized by Google

Wassermannsche Blutuntersuchungen an 1000 schwangeren Frauen ergaben in 9—10% das Bestehen einer syphilitischen Infektion. Im übrigen nichts Neues.

M. Stern-München.

Beobachtungen von zehn Fällen von Lues congenita tarda (Ten Cases of Delayed Congenital Syphilis), von E. D. Spackmann. (The Lancet, Nr. 5158.) Es handelt sich um zehn Fälle in einem Durchschnittsalter von 21—9 Jahren, an denen vorher keine Zeichen von Lues congenita bemerkt worden waren und von denen acht im Heeresdienst und zum Teil an der Front waren. Spackmann ist der Ansicht, daß die Lues congenita keine seltene Erkrankung sei und daß sie öfter diagnostiziert werden müsse. Aortitis und Aneurysma können kongenital luetischen Ursprungs sein. Augenerkrankungen in Form von Keratitis interstitialis, Iritis oder Chorioiditis sind oft die wichtigsten Frühsymptome. Es ist unmöglich, bei einem kongenitalen Luetiker eine durch die Behandlung dauernd negative WR zu erzielen. Kein Alter schützt vor Rückfällen. Schwere Arbeit verbunden mit geistiger Überanstrengung, wie z. B. im Kriege, kann eine latente kongenitale Lues manifest machen.

R. Erichson-Kiel.

Lues congenita und Zwillingsschwangerschaft, von F. Thoenes, Städt. Kind.-Klin. Dortmund. (D. m. W., 1922, Nr. 41, S. 1386—1387.) Eine luetisch infizierte Mutter wurde von Zwillingen entbunden, von denen der eine mit schweren luetischen Erscheinungen geboren wurde. Bei dem anderen wurden erst acht Wochen später relativ leichte luetische Symptome manifest. Der Unterschied im zeitlichen Auftreten und der Schwere der Erscheinungen wird durch die Annahme verschiedener Infektionsmodi erklärt.

F. Harry-Berlin.

Symptomatologie und Diagnose der kongenitalen Syphilis des Neugeborenen und des Säuglings (Symptômes et diagnostic de la syphilis héréditaire du nouveau-né et de nourrisson), von G. L. Hallez. (Progr. m., 1922, Nr. 44.) In Frankreich rechnet man jährlich 19000 Totgeburten infolge von Syphilis. Bei der Schilderung der Symptome wird besonderes Gewicht auf die von Fournier hervorgehobenen dystrophischen Zustände, kongenitalen Malformationen gelegt. Konstant bleibende positive WR ist mit Sicherheit für Syphilis zu verwerten, negative Reaktion beweist nichts, da sich solche bei 60—90% von Kindern mit Stigmata kongenitaler Syphilis findet.

E. Levin-Berlin.

Syphilis und ihre Beziehung zu Abort und Kindersterblichkeit (Syphilis in Relation to Abortion and Infant Mortality), von W. G. Cosbie-Toronto. (Am. J. of Obstret. and Gynecol., 1922, Bd. 4, Nr. 1, S. 40.) Von 1674 Müttern hatten $4^1/_{10}$% WR +. Von 53 Kindern, deren Mütter eine absolut positive Reaktion aufwiesen, gaben 28 ebenfalls WR +, 21 eine negative, 4 eine fragliche. Von den 28 positiven waren noch 10 Kinder am Leben. Ihr Alter schwankte zwischen wenigen Monaten und 2—3 Jahren. 10 waren gestorben und von 8 war kein Bericht zu erlangen. Von den 21 Kindern mit + WR lebten noch 13. Von den 4 mit fraglicher Reaktion war bei 3 kein Bericht zu erhalten, das 4. lebt noch. Von 50 Schwangerschaften bei syphilitischen Müttern waren 14 Totgeburten, 12 Kinder starben, so daß eine Verlustziffer von etwas über 50% sich ergab.

F. Quasig-Hamburg.

Über Endarteriitis luetica congenita der Hirngefäße bei Kindern, von A. Takahashi-Tokio. (Virch. Arch., Bd. 232, S. 95—125.) An Hand der Literatur und eines eigenen Falles bespricht Verf. die klinischen, pathologisch-anatomischen und histologischen Stigmata oben genannter Erkrankung.

A. Blüth-Hamburg.

Über symptomfreie Kinder syphilitischer Mütter, von W. Patzschke, Univ.-Hautklinik Hamburg. (Kl. W., 1922, Nr. 49, S. 2424.) Die Lues kann vom Kinde während der Schwangerschaft der syphilitischen Mutter jederzeit erworben werden; während der Geburt kann eine Übertragung entweder bei Lösung der Plazenta oder beim Durchtritt durch den Geburtskanal erfolgen. Nur in seltenen Fällen werden klinisch dauernd gesunde Kinder von syphilitischen Müttern geboren, meistens sind es nur scheinbar gesunde und symptomfreie Kinder, die erst nach einigen Wochen luetische Stigmata aufweisen. Daher verlangt Verf., gestützt auf eine Reihe von Beobachtungen, auch bei klinisch luesfreien Kindern syphilitischer Mütter eine sofortige Behandlung. Bei Infektion intra partum genügt oft eine Kur unter ständiger WR-Kontrolle. Bei positiver Schwankung der Blutuntersuchung ist eine weitere Kur anzuschließen.

E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Überblick über die kongenitale Syphilis des Ohres (A Review of Hereditary Syphilis of the Ear), von M. L. Breitstein-Baltimore, Md. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 9.) Rein referierender Aufsatz auf Grundlage fast ausschließlich deutscher Arbeiten. E. Levin-Berlin.

c. Ätiologie.

Ein einfaches Hilfsmittel zur Diagnose der Syphilis des primären Stadiums (A Simple Aid in the Diagnosis of Syphilis from the Primary Lesion), von William D. Gill. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 12, S. 966.) Verf. empfiehlt von 2, 5 oder 10 ccm Glasspritzen die Spritze nebst ihrer Basis abzuschleifen. Dazu eignen sich vorteilhaft beschädigte Spritzen, die sonst keine Verwendung mehr finden. Das abgeschliffene Ende der Spritze wird auf die verdächtige ulzerierte Stelle aufgesetzt, der Stempel leicht aufgezogen und es erscheinen auf der Oberfläche der ulzerierten Stelle einige Tröpfchen, die zur Untersuchung genommen werden. Liegt die Spritze nicht gut an, so muß sie vorher mit physiologischer Kochsalzlösung angefeuchtet werden. Verf. rühmt der Methode zwei Vorzüge nach. Es wird aus der Tiefe leicht infektiöses Material angesogen. Es findet keine Beschädigung der Geschwürsfläche statt. F. Quasig-Hamburg.

Experimentelle Studie über Erbsyphilis (Etude expérimentale de l'Hérédité syphilitique), von C. Levaditi, A. Marie und L. Isaicu. (Extr. d. compt. rend. d. séanc. d. l. Soc. d. Biolog. v. 16. VII. 1921.) Verff. konnten niemals eine hereditäre Übertragung der Infektion feststellen. Die meisten Sprößlinge, sei es von einem kranken Vater und einer gesunden Mutter, oder umgekehrt, sind entweder tot geboren oder bald nach der Geburt gestorben. Bei keinem auch dieser Sprößlinge konnten Spirochäten im Blut gefunden werden. So schlossen Verff., daß beim Kaninchen, sowohl die künstlich infizierte, wie die spontan akquirierte Syphilis nicht erblich ist. Verff. konnten auch zwei überlebende Junge mit dem Virus neu infizieren und sahen einen Primäraffekt, so daß die Jungen beim Kaninchen weder die Krankheit, noch eine Immunität erben. Auf den Menschen lassen sich diese Befunde nicht übertragen, da beim Menschen die Syphilis eine generalisierte Erkrankung ist, die über die Keimzellen sich auf die Nachkommen überträgt, beim Kaninchen lokalisiert sich die Krankheit am Primärherd, oder dehnt sich auf jeden Fall nicht so weit aus, schont die Keimzellen und dehnt sich damit weder in Form einer Infektion, noch in Form einer Immunität auf die Nachkommenschaft aus. A. Rosenburg-Berlin.

Die chemotherapeutische Differenzierung von Spirochaeta pallida und Spirochaeta cuniculi im Kaninchen, von W. Kolle und F. Ruppert. (M. Kl., 1922, Nr. 20, S. 620—622.) Die mitgeteilten Versuche sind nicht nur ein neuer Beweis für die Artverschiedenheit der spontanen durch Spirochaeta cuniculi hervorgerufenen Kaninchenspirochätose einerseits und der durch die Spirochaeta pallida beim Kaninchen erzeugten und in Passagereihen fortgezüchteten menschlichen Syphilis andererseits, sondern auch ein neues und prinzipiell wichtiges Verfahren, nahestehende Mikrobenspezien chemotherapeutisch zu differenzieren. F. Heymann-Elbing.

Histologischer Nachweis von Spirochäten im Gehirnparenchym bei experimenteller Rekurrens, von A. Buschke und H. Kroó-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 50, S. 2470.) Verff. konnten als erste die Tatsache feststellen, daß die Rekurrensspirochäten die Kapillarwandungen durchbrechen und in das Parenchym des Gehirns in großen Mengen eindringen. Ihre Lagerungsverhältnisse sind ganz analog denen der Spirochaeta pallida bei Paralyse. Während sie noch nach 20 Stunden post inf. spärlich im Blut sind, konnten sie schon in großer Zahl im Gehirn festgestellt werden, ebenso an den folgenden Tagen und im Rezidivstadium. Dagegen gelang es nicht im Immunitätsstadium einwandfreie Spirochäten im Gehirn nachzuweisen, obwohl der Gehirnbrei bei Tierübertragung infektiös war. Vielleicht kommen hier Involutionsformen in Frage. Die Spirochäten wurden lediglich in der grauen Schicht im Vorderhirn, in der Körnerschicht des Kleinhirns und der Medulla oblongata gefunden. E. Langer-Berlin.

d. Serologie.

Ein Beitrag zur Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion für die praktische Diagnostik, von Willy Engelhardt, Hyg. Inst. Gießen. (Kl. W., 1922, Nr. 35, S. 1734.) Verf. stellte genaue Vergleichsuntersuchungen des serologischen und klinischen Befundes an. Die WR wurde mit zwei luetischen und einem selbst hergestellten Meerschweinchenherz-Extrakt angestellt. Verf. fand unter 1118 Krankheitsfällen nur in

Digitized by Google

47 Fällen Differenzen zwischen dem serologischen und klinischen Befunde. Immerhin zeitigte so der Versuch ein Ergebnis von 95,9% Übereinstimmung, wozu aber, wie Verf. selbst hervorhebt, genaueste Beobachtung aller technischen Kautelen und sorgfältige Zusammenarbeit zwischen Serologen und Kliniker nötig ist. E. Langer-Berlin.

Wassermann-Veränderungen. Eine Studie über Sera von 75 Patienten durch 8 Laboratorien (Wassermann-Variations: A Study of the Serums of Seventy-five Patients by Eight Laboratories), von L. J. Palmer-Seattle. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 9, S. 724—726.) Die Sera entstammten Fällen von latenter Syphilis oder parasyphilitischen und wurden gleichzeitig in acht verschiedenen Laboratorien mit den üblichen Methoden untersucht. Es ergab sich, daß unter den unbehandelten positiven Fällen mehr als 90% der Serumresultate den klinischen Befunden entsprachen. Die Befunde der einzelnen Laboratorien schwankten zwischen 78—100%. Bei negativen Fällen waren es 88—97% (der Kolmerschen quantitativen Methode). Die Hauptursachen für die Verschiedenheiten sind in den WR die verschiedenen Methoden der WR-Untersuchung, die verschiedenen Untersuchungen und der Mangel an Kenntnis bei den Auftraggebern, die die Laboratoriumsbefunde nicht richtig deuten. Verf. fordert daher eine Einheitstechnik, gute durchgebildete Untersucher und staatliche Überwachung der Laboratorien. F. Quasig-Hamburg.

Ist das Verhalten des Liquors bei der Neurolues ein Maßstab für unser therapeutisches Handeln? von W. Weigeldt, Med. Univ.-Kl. Leipzig. (D. m. W., 1922, Nr. 39, S. 1305—1307.) Erwiderung auf die Ausführungen von Dreyfus in Nr. 26. Verf. schließt sich den Ausführungen Nonnes auf dem Dermatologenkongreß, Pfingsten 1921, an. Neurolues kann ohne Liquorveränderungen vorhanden sein. Die Stärke der Reaktionen sagte nichts Sicheres aus. Die Druckerhöhung hat keinen großen diagnostischen Wert. Eine positive Liquorreaktion beweist nicht, daß der Fall progressiv ist. Isolierte Liquorreaktion ist nicht selten gegenüber jeglicher Therapie refraktär. F. Harry-Berlin.

Zur experimentellen Syphilisforschung, von Leven-Eberfeld. (D. m. W., 1922, Nr. 36, S. 1209—1210.) Es gelingt durch Lipoidinjektionen bei Kaninchen eine positive WR zu erzeugen. In allen Fällen, in denen die WR positiv war, blieb die SGR negativ. Die Versuche sprechen dafür, daß die positive WR bei der Lues durch Hinzutreten eines spezifischen Faktors bedingt ist. Die WR umfaßt vorläufig noch wesentlich verschiedene Reaktionen. F. Harry-Berlin.

Zur Kenntnis des sogenannten Wassermannschen Aggregates, von R. Otto und W. F. Winkler. (M. Kl., 1922, Nr. 25, S. 799—800.) Die mehrmals gewaschenen Flocken bei luespositiven Seren waren in der großen Mehrzahl imstande, Meerschweinchen gegen Menschenserum zu anaphylaktisieren, während dies mit den künstlich in negativen Seris erzeugten Flocken in viel geringerem Grade möglich war. Bei der positiven SGR mit syphilitischen Blutseren erfolgt im Gegensatz zu den unspezifischen Flokkungen bei der Tuberkulose die Bildung eines spezifischen Aggregates, das (neben Lipoidbestandteilen aus dem Extrakt) sicher auch Eiweißkörper aus dem menschlichen Blutserum enthält. G. Heymann-Elbing.

Betrachtungen über den Mechanismus der Komplementfixations-Reaktion (Considérations sur le mécanisme de la réaction de fixation du complément), von Edouard Peyre. (Progr. med., 1922, Nr. 43.) Hinweis auf die Notwendigkeit der Ausführung der Reaktion durch in der Technik durchaus bewanderte Untersucher, über die Herstellung der Lösungen und die Bewertung der Resultate. E. Levin-Berlin.

Untersuchung von Kantharidenblasen bezüglich Prquetscher und Wassermannscher Reaktion, von E. Thomas und W. Arnold-Köln. (M. Kl., 1922, Nr. 28, S. 899.) Verff. wenden sich gegen die Kritik Buschkes. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Standardbildung und Aufbewahrung von Komplementserum für die Wassermannsche Probe (Standardization and Preservation of Complement Serum for Wassermann Test). von E. H. Ruediger-Bismarck. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 7, 1922, S. 551—552.) Die Verschiedenheit der Komplementwirksamkeit der einzelnen Meerschweinchen, sowie das rasche Verderben der Sera haben den Verf. veranlaßt, Versuche mit Seren besonders gezüchteter Meerschweinchen anzustellen, sowie die Bedingungen für die Aufbewahrung der Sera zu studieren. Zur Aufzucht wurden nur die Meerschweinchen genommen, deren Serum mehr als 5 + der Maßeinheit gaben. Dadurch erreichte Verf. im Laufe von 3 Jahren, daß 50% seiner Tiere außergewöhnlich gute Komplementsera geben. Das Futter für die Tiere bestand aus rohen Karotten,

Digitized by Google

Kohl, Salat, Apfelschalen, Heu, Hafer und Brot. Verf. beobachtete, daß unter Einwirkung der grasreichen Sommernahrung das Serum der Meerschweinchen weniger haltbar war als im Winter. Ferner zeigte es sich, daß in einem unter 0° C gehaltenen Vorratsraum gefrorenes Komplementserum nach achtwöchiger Dauer noch aktiv war. Mit Salz versetztes Komplementserum, bei etwa 1° C aufbewahrt, blieb mehr als vier Wochen lang aktiv. F. Quasig-Hamburg.

Über die Konservierung von Blutproben zur Wassermannschen Reaktion, von Fr. Reichert-Jena. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 7/8, S. 593—598.) Zur Konservierung wird ein Zusatz von einem Tropfen Trypaflavin in Stärke 1:750 zu je 1 ccm Blut empfohlen. F. Harry-Berlin.

Pferde- und Rinderherz als Material zur Herstellung von Extrakten zu Flockungsreaktionen, von H. Felke-Rostock. (D. m. W., 1922, Nr. 33, S. 1097.) Es bestehen keine prinzipiellen Unterschiede zwischen der Verwendung von Pferde- und Rinderherzextrakten bei den Flockungsreaktionen. F. Harry-Berlin.

Die „Trübungsreaktion" beim serologischen Luesnachweis nach Sachs-Georgi, von H. Sachs und F. Georgi. (M. Kl., 1922, Nr. 27, S. 868—871.) Bei der SGR kann man nach mehrstündigem Aufenthalt der Versuchsröhrchen im Brutschrank das Ergebnis in Übereinstimmung mit den Angaben von Dold meist an der eingetretenen Trübung erkennen. Zu gleicher Zeit ist aber fast stets auch deutliche Flockung bemerkbar. Die Ablesung der Trübung bedeutet in der bisherigen Form der Ausführung gegenüber der Ablesung der Flockung keinen Vorteil. Es ist im wesentlichen gleichgültig, ob man die von Sachs und Georgi angegebenen Mengenverhältnisse oder die von Dold modifizierten verwendet. Die Frühablesung der Flockung oder auch der Trübung entspricht meist, aber nicht immer dem endgültigen Ergebnis. Zwischen der SGR und der von Dold angegebenen Versuchsanordnung besteht kein Unterschied, der zur Abgrenzung einer besonderen Methode berechtigen könnte. G. Heymann-Elbing.

Über Organextrakte und ihre wirksamen Bestandteile für die Serodiagnostik der Syphilis, von M. Klostermann und W. Weisbach-Halle. (D. m. W., 1922, Nr. 34, S. 1131—1132.) In jedem Organextrakt sind drei wirksame Komponenten vorhanden, nämlich Lezithin, Lezithalbumine und Cholesterin. Das Lezithalbumin wird mit dem labilisierten Serumglobulin ausgeflockt, wobei Lizithin den Flockungsvorgang verlangsamt, Cholesterin ihn beschleunigt. Ebenso verhält es sich mit der Komplementadsorption. Bei der WR genügt ein geringer Gehalt des Lezithins an Lezithalbulminen, um bei Verwendung einer entsprechenden Cholesterinmenge das Phänomen der Komplementbindung in Erscheinung treten zu lassen. Die Flockung bei der SGR dagegen wird deutlicher sichtbar, je größer der Gehalt des Lezithin an Lezithalbuminen ist. Verff. wollen versuchen, aus den oben genannten drei Komponenten einen Extrakt herzustellen, der für die WR und SGR gleich brauchbar ist. F. Harry-Berlin.

Über Methoden und Modifikationen des serologischen Syphilisnachweises mittels Flockung, von E. Meinicke-Ambrock. (D. m. W., 1922, Nr. 34, S. 1132 bis 1133.) Erwiderung auf die Arbeit von Sachs in Nr. 27. Verf. will in seiner Arbeit (M. m. W., 1917, Nr. 51) als erster auf die einzeitige Form der Lipoidbindung mit Ausfällung des positiven Versuchs durch Rinderherzextrakte angegeben haben. F. Harry-Berlin.

Schlußbemerkung zur „Serodiagnose der Syphilis", von W. Gaehtgens. (D. m. W., 1922, Nr. 39, S. 1307.) Erwiderung auf die Ausführungen von Bruck in Nr. 31. Die Verwendung der Bruckschen Methode als Schnellreaktion wird nicht durch den besonderen Extrakt, das Medium u. a. m., sondern durch die beschleunigende Wirkung des Zentrifugierens auf den Ausfällungsvorgang, wie sie vom Verf. bereits 1906 für Bakterienagglutination und 1919 auch für unspezifische Ausfällungen festgestellt worden ist, bedingt. F. Harry-Berlin.

Theoretisches und Technisches zur Serodiagnose der Syphilis, von Carl Bruck-Altona. (Kl. W., 1922, Nr. 33, S. 1656.) Verf. ergänzt seine in der D. m. W., 1922, Nr. 1, S. 25 gemachten Mitteilungen über eine neue bequeme Seroreaktion. An Stelle der 10%igen NaCl-Lösung empfiehlt er hinfort zur Ausstellung seiner Reaktion eine 10%ige Natriumsulfatlösung, um so die lipoidfällende Wirkung des Natriumsulfats nutzbar zu machen. Theoretisch findet er das Wesen der Luesreaktionen nicht in einer Bindung von Antikörpern und Lipoiden oder in primärer Ausfüllung von Serum- und Extraktbestandteilen, sondern erklärt die Reaktionen durch eine Zusammenballung feinster Lipoidteilchen, die durch eine im Luetikerserum vorhandene verklebende Komponente verursacht wird. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Zur Frage der Verwertbarkeit von Extraktsuspensionen zu serodiagnostischen Zwecken, von F. Georgi-Heidelberg. (Kl. W., 1922, Nr. 39, S. 1947.) Verf. hat die Bruckschen Reaktion, die eine Agglutination der im Serum vorhandenen Extraktteilchen durch Zentrifugieren darstellt, nachgeprüft und kann B.'s Resultate bestätigen. Von 160 untersuchten Fällen fanden sich nur zwölfmal Divergenzen zwischen BR, WR und SGR. Des weiteren konnte Verf. feststellen, daß die Bruckschen Methode auch für die heterogenetische Ausflockung nach Sachs und Guth verwendbar ist, und hier sowohl Zeitersparnis, wie auch gesteigerte Empfindlichkeit gezeigt hat. E. Langer-Berlin.

Theoretisches zur Serodiagnose der Syphilis, von Ernst Nathan-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1922, Nr. 40, S. 1999.) Verf. stellt fest, daß er die von Bruck (Kl. W., 1922, Nr. 33) aufgestellte Ansicht, daß bei dem Zusammenwirken von Luesserum und Organextrakt es sich nicht um feste Verbindungen, sondern nur um lockere mechanische Gemische handle, schon früher durch Versuche über die Zerstörung der antikomplementären Funktionen alkoholischer Extrakte bei der WR und SGR mittels Kopragift gefunden und mitgeteilt habe. E. Langer-Berlin.

Eine Ring- oder Kontaktfällungsprobe der Syphilis (A Ring or Contact Precipitation Test for Syphilis. A Modification of the Kahn Test), von Russel D. Herrold-Chicago. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 12, S. 957—958.) Die Modifikation der Kahnschen Probe besteht darin, daß 0,1 ccm von cholesterinhaltigem Antigen nach Kahn im Verhältnis 1 : 12 mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt wird und in einem kleinen Glaszylinder von $^1/_2$ cm lichter Weite sowie 3—4 cm Länge mittels einer Pipette gespritzt wird. Nahezu dieselbe Menge des zu erprobenden Serums wird ebenfalls mit einer Pipette vorsichtig auf den Boden des Glases gespritzt, so daß sich eine scharfe Grenze zwischen beiden Flüssigkeiten bildet. Als positiv gilt ein Ergebnis, wenn an der Berührungsfläche beider Lösungen ein weißer Ring erscheint. Ablesen vor einem dunklen Hintergrund. Verf. empfiehlt diese Methode auch für die Prüfung von Exsudaten und anderen Flüssigkeiten. Er hält die Ringprobe wegen ihrer Einfachheit und Empfindlichkeit für ein wertvolles Hilfsmittel bei der WR. F. Quasig-Hamburg.

Die Kahnsche Fällungsprobe bei der Syphilisdiagnose. Eine vorläufige Studie (The Kahn Precipitation Test in the Diagnosis of Syphilis. A Preliminary Study), von Harther L. Keim und Udo While-Ann. Arbor, Mich. (J. Am. m. Ass., Bd. 79. Nr. 11, S. 870—874.) Verff. haben an den verschiedensten Fällen von Syphilis die Kahnsche Methode nachgeprüft (dazu acht Tabellen). Es wird die Methode ausführlich beschrieben, die zur Anwendung kam. Ihre Schlüsse sind folgende. Ein Vergleich der Kahnschen Fällungsprobe mit der Original-WR fiel hinsichtlich der Empfindlichkeit zugunsten der ersteren aus. Weiter sind ihre Vorteile große Einfachheit der Methode. schnelles Ablesen, Verringerung der Irrtümerquellen durch Elimination des hämolytischen Systems. Gegenüber den anderen Fällungsreaktionen von Meinicke, Sachs-Georgi. Dreyer und Ward, Wang besteht der offensichtliche Vorteil der Kahn-Methode in der leichten Sichtbarkeit des ausgefallenen Stoffes mit bloßem Auge, sowie den häufig spontanen Reaktionen mit stark positiven Sera. F. Quasig-Hamburg.

Vergleichende Untersuchung der Wassermannschen und der kolloidalen Reaktionen (Etude comparée de la réaction de Wassermann et des réactions colloidales), von Blouqier de Claret und André Brugairolles. (Gaz. des Hôp., 1922, Nr. 8.) In die Spezifität der WR ist eine Bresche geschlagen worden; sie bietet außerdem die Schwierigkeit, daß ihre Ausführung nur durch einen für sie ausgebildeten Spezialisten erfolgen kann. Demgegenüber sind die kolloidalen Reaktionen, die allerdings nicht im Blute, sondern nur in der Spinalflüssigkeit oder ihr chemisch gleichen Flüssigkeiten ausgeführt werden können, von großer Einfachheit in der Ausführung, erfordern keine speziellen Laboratorien, ermöglichen schnellere Feststellung der Resultate bei größerer Wertigkeit derselben. Am wenigsten empfindlich scheint die Mastixreaktion (Emanuel) zu sein. Die Goldsolreaktion (Lange) ist spezifisch für die Syphilis des Nervensystems; die Form der Kurve läßt schon einen Schluß auf die spezielle vorliegende Erkrankung (Tabes, Paralyse) zu. Die Benzoeharzreaktion (Guillain-Larochr und Léchelle) versagte niemals und verdient vor allem angewendet zu werden.
E. Levin-Berlin.

Die Mastixreaktion im Blutserum, von Karl Bauer und Paula Eder, II. Med. Univ.-Kl Wien. (Zschr. f. d. ges. exper. Med., Bd. 29, H. 3/4, S. 246—251.) Aus den Protokollen von 82 Fällen ergibt sich bei den 40 nach WR positiv reagierenden Sera ein ganz gleichmäßiger Verlauf der Kurven der Mastixreaktion, und nur bei einzelnen eine ganz kleine Verschiebung. Die 42 negativen zeigen gleichfalls einen

Digitized by Google

typischen Verlauf. Die Versuche haben ergeben, daß die luetischen (nach WR positiven) Sera ein Fällungs- und Trübungsoptimum in der Reihe geben, das von der flokkenden Kurve beibehalten, von der trübenden hingegen am Ende der Reihe wieder in ein Minimum verwandelt wird. Eine nähere Erforschung des Wesens der Mastixreaktion ist bis jetzt nicht gelungen. G. Assmann-Kiel.

Weitere Erfahrungen über die Normomastixreaktion des Liquor cerebrospinalis, von V. Kafka-Hamburg. (D. m. W., 1922, Nr. 39, S. 1305.) Auch bei der Mastixreaktion mit Normosal muß jedesmal ein Kochsalzvorversuch ausgeführt werden. Normosal darf nur dann angewendet werden, wenn der NaCl-Titer des Vorversuches 0.6—0,8% beträgt. Wenn der Titer konstant geworden ist, kann von dem jedesmaligen Vorversuch abgesehen werden. Bei Paralyse erfolgt regelmäßig bei der Verdünnung 1:1 Ausflockung. F. Harry-Berlin.

Beitrag zur Serumhitzekoagulation des Blutes (Untersuchungen bei Syphiliskranken), von Eduard Hachez-Essen. (Kl. W., 1922, Nr. 50, S. 2477.) Verf. hat die von Mayer und Rosenow bei Nephrose, Diabetes, Karzinomatose, perniziöser Anämie ausgeführten Untersuchungen über den Serumhitzekoagulationspunkt (Ko.-P.) auch auf Untersuchung von Lueskranken ausgedehnt. Er fand bei unbehandelter florider Lues II ständig eine Erniedrigung des Ko.-P. um 1—3° unter den normalen Wert. Die Erniedrigung resp. Erhöhung des Ko.-P. ist abhängig 1. von quantitativen Veränderungen des Gehaltes an Wasser, Salz, Stickstoff, Zucker und Fett und 2. von qualitativen Veränderungen der kolloidalen Stickstoffkörper. E. Langer-Berlin.

e. Therapie.

Die Selbstheilung der Syphilis, von Fritz Lesser-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 26, S. 824—828.) Verf. führt die Tatbestände an, die seiner Beweisführung zu Grunde liegen, dafür, daß Hg nur die syphilitischen Symptome beseitigt, nicht die Spirochäten abtötet, weder direkt noch indirekt, im Gegensatz zum Salvarsan, das in kleineren Dosen auch mehr symptomatisch, in höheren Gaben außerdem spirillozid wirkt. Er folgert daraus, daß alle in der Vorsalvarsanzeit erfolgten kausalen Heilungen der Syphilis Selbstheilungen sind. Die syphilitischen Symptome fassen wir als Abwehrvorgänge des Organismus auf den Spirochätenreiz auf, also als etwas Heilsames. Da Hg die Abwehrvorgänge beseitigt, wirkt es der Selbstheilung entgegen. Trotzdem müssen wir das Hg anwenden, um stärkere Abwehrvorgänge, zu intensive Genesungsbestrebungen zu dämpfen. G. Heymann-Elbing.

Experimentelle Untersuchungen über die „Abortivheilung" der Syphilis, von W. Kolle-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1922, Nr. 39, S. 1301—1302.) Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen haben erwiesen, daß bis zum 45. Tage nach der Injektion die Sterilisierung nach Einverleibung von drei großen Salvarsandosen (2/3 der Dosis tolerata) in einem großen Prozentsatz gelingt. Nach dem 45. Tage ist der Versuch einer Sterilisatio selten erfolgreich. Diese Befunde sind nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse beim Menschen zu übertragen. Ein Teil der luetisch infizierten Kaninchen konnte, obwohl die Behandlung wenige Tage nach der Injektion eingeleitet wurde, nicht mehr sterilisiert werden. Die mit Hg und Salvarsan behandelten Tiere konnten nicht in einem höheren Prozentsatz geheilt werden als die mit Salvarsan behandelten. Auf Grund der Versuche werden zur Behandlung der Lues in der Frühperiode 3—5 Injektionen von 0.45 Neosilbersalvarsan oder 0.3 Silbersalvarsan oder 0,6 Neosalvarsan empfohlen. Zur besseren Verträglichkeit der hohen Dosen ist es ratsam, 24 Stunden vor der Injektion kleinste Dosen (0,05) zu verabreichen oder das Salvarsan in 40% Glukoselösung aufzulösen. F. Harry-Berlin.

Die Wirkung antisyphilitischer Behandlung bei schwerer Anämie (The Effect of Treatment for Syphilis on Severe Anemias), von H. v. Foucar und John H. Stokes. (Am. J. m. sc., Nov. 1921, Nr. 5, S. 633.) Schwere primäre oder sekundäre Anämien bei Syphilis sind selten. Perniziöse Anämien kommen bei Lues vor, ohne daß man je den ursächlichen Zusammenhang der beiden Erkrankungen sichern konnte. Die WR kann in solchen Fällen auch ohne Syphilis positiv sein. Schmierkuren erwiesen sich bei primärer Anämie bei vier von neun Pat. als ungünstig. Fünf von 13 Pat. besserten sich auf Salvarsan, der Zustand von fünf anderen verschlechterte sich; von diesen letzteren hatten zwei eine Lues. Von den zwölf Fällen sekundärer Anämie besserten sich fünf (einer Lues) unter Salvarsan; fünf, die keine Besserung zeigten, waren ebenfalls syphilitisch, wie es sich überhaupt zeigte, daß die mit Lueserscheinungen

Digitized by Google

verknüpften Fälle sekundärer Anämie schlechter als die anderen auf Salvarsan reagierten. Bluttransfusionen brachten zwölf von 16 Pat. Besserung, wo bei vieren Salvarsan versagt hatte, keinen Erfolg in vier anderen Fällen. Hämoglobinerhöhung besagt noch keine Besserung, da gleichzeitig die Erythrozytenzahl abnehmen kann. Salvarsan ist bei gleichzeitigem Bestehen von Anämie und Lues angebracht, Bluttransfusion bei Fällen von primärer Anämie als letztes Hilfsmittel, ganz besonders in den Fällen, wo bei Anämie und Lues Salvarsan für sich allein versagt hat. E. Sklarz-Berlin.

Die Behandlung der Syphilis (The Treatment of Syphilis), von William James Moore-Glasgow. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 9.) Bezüglich der Diagnose stellt sich Verf. auf den rein klinischen Standpunkt, WR und Spirochätenuntersuchung sind meist überflüssig, negative Befunde können zu Täuschungen und Versäumnis zweckmäßiger Behandlung führen. Das eigentlich wirksame Heilmittel der Syphilis ist das Quecksilber, das allein im Laufe der Zeiten seine Stellung bewahrt hat; es sollte 3—5 Jahre lang fast ununterbrochen und dann während des übrigen Lebens jährlich einen Monat lang gegeben werden. Als Methode der Wahl wird eine kombinierte Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber empfohlen, ersteres intravenös, letzteres in kolloidaler Form intramuskulär und innerlich. E. Levin-Berlin.

Salvarsanlose Behandlung der Syphilis, von Dreuw-Berlin. (Fortschr. d. M., 1922, Nr. 9.) E. Langer-Berlin.

Theoretisches und Praktisches zur Syphilistherapie, von Dreuw-Berlin. (Fortschr. d. M., 1922, Nr. 8.) E. Langer-Berlin.

Die Gegner der Quecksilberbehandlung, von Dreuw-Berlin. (Fortschr. d. M., 1922, Nr. 11.) E. Langer-Berlin.

Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft, mit besonderem Studium des endgültigen Schicksals der Kinder (Traitement de la syphilis pendant la grossesse, avec étude particulière du sort ultérieur des enfants), von Harald Boas und S. A. Gammeltoft. (Acta Gynecologica Scandinavica, 1922, Bd. 1, Nr. 3, S. 309 bis 363.) Der Dermatologe Boas und der Gynäkologe Gammeltoft haben in gemeinsamer Arbeit alle schwangere Frauen auf Lues untersucht, die in den Jahren 1912 bis 1920 im Reichshospital in Kopenhagen zur Aufnahme gekommen sind. Im Mittel hatten von den 15449 Schwangeren 5,2% positive WR (1912 nur 3,7%, 1921 7,7%). Die puerperale Morbidität betrug 29% beim Gebären unter Kunsthilfe von totfaulen Früchten, 23% bei Kindern mit Zeichen von Lues, und 17% bei anscheinend nicht luetischen Kindern. Insgesamt waren es 528 solche Fälle, also 20% Morbidität. Bei spontan abgelaufener Geburt syphilitscher Mütter dagegen nur 15% durschschnittliche Morbidität. Der Einfluß der spezifischen Behandlung bei 483 Kindern syphilitischer Mütter, welche weiter beobachtet werden konnte, war folgender: Mütter ohne Behandlung: 157 syphilitische Kinder, 1 gesund, Mütter mit Hg vor der Schwangerschaft behandelt: 78 syphilitische Kinder, 9 gesunde. Salvarsan vor der Schwangerschaft: 12 syphilitische Kinder, 3 gesunde. Hg während der Schwangerschaft: 80 syphilitische Kinder, 31 gesunde. Salvarsan während der Schwangerschaft: 19 syphilitische Kinder, 60 gesunde. Salvarsan vor der Schwangerschaft und Hg während der Schwangerschaft: 7 syphilitische Kinder, 19 gesunde. Salvarsan vor und während der Schwangerschaft: 1 syphilitisches Kind, 6 gesunde. Einer Schwangeren darf Salvarsan nicht vorenthalten werden. Kombinierte Behandlung ist für das Schicksal der wachsenden Frucht von ausschlaggebender Bedeutung. Ist eine Frau früher noch so energisch behandelt, so muß doch während jeder Gravidität von neuem behandelt werden, da sonst syphilitische Kinder entstehen können. Auch früher behandelte Frauen mit negativer WR während der Schwangerschaft können syphilitische Kinder gebären. Zusammengestellt sind 55 Fälle von Frauen, die Lues hatten, mehr oder minder intensiv mit Hg oder Salvarsan behandelt waren, aber nicht während der betreffenden Gravidität, das Resultat war 48 luetische und nur 7 gesunde Kinder. Die Infektion lag bei diesen Frauen 4—20 (!) Jahre zurück. Sehr interessant sind 2 andere Fälle, Frauen mit Hg behandelt, die Kinder im bunten Wechsel, bald luetisch, bald gesund; z. B. 1891 Ansteckung, 12mal schwanger, 1908 gesundes Kind, 1912 faultote Frucht. Eine große Literatur, besonders auch die wenig bekannte Arbeit von Thomsen, ist ausführlich und kritisch berücksichtigt. F. W. Oelze-Leipzig.

Die Behandlung der Nervensyphilis (The Treatment of Neurosyphilis), von James Purves-Stewart. (Einführungsvortrag in der Sektion für Neurologie und psychologische Medizin der 90. Jahresversammlung der British medical association, Glasgow, Juli 1922; Brit. m. J., 1922, Nr. 3223, S. 621.) Jeder Fall von Nervensyphilis,

Digitized by Google

der durch klinische und serologische Untersuchung festgestellt ist, erfordert energische Behandlung der Allgemeinsyphilis durch alle zu Gebote stehenden Mittel. Intraspinale Behandlung mittels salvanisierten, aus des Pat. eigenem Blut gewonnenen Serums oder mittels merkurialisiertem Menschen- oder Pferdeserum ist speziell geeignet für Fälle von Tabes und Zerebrospinalsyphilis, vorausgesetzt, die Zerebrospinalflüssigkeit zeigt aktive meningeale Reaktion in deutlicher Weise an; ebenso ist sie geeignet für spinale meningo-vaskuläre Syphilis, wenn dieselbe gegen die gewöhnliche Behandlung resistent ist. Die direkte Einführung von Salvarsan in die Zerebrospinalflüssigkeit ist zu verwerfen. Fälle von allgemeiner Paralyse, von Tabes, Tabesparalyse und Tabes mit negativen Reaktionen in der Zerebrospinalflüssigkeit, haben keinen Vorteil von intraspinaler Behandlung. Intrazisternale Behandlung, d. h. Einführung von salvanisiertem Serum durch das Ligamentum occipito-atlanticum (nach vorheriger Punktion) ist sehr geeignet für Fälle von zerebraler meningo-vaskulärer Syphilis, ebenso für Paralyse, wenn dieselbe im Frühstadium erkannt ist. Diese Methode ist wirksamer wie die intraventrikulären Operationen und weniger gefahrvoll für den Pat. Behandlung frühzeitiger allgemeiner Paralyse mittels Tuberkulin, Nuklein oder ähnlichen Mitteln kann temporäre Remissionen hervorrufen, ebenso einfache Drainage der Zerebrospinalflüssigkeit, kombiniert mit allgemeiner antisyphilitischer Behandlung. Vorgeschrittene Fälle von allgemeiner Paralyse mit ausgedehnter Zerstörung der Rindennervenelemente sind hoffnungslos, bezüglich jeglicher Heilmethode. S. A. Kinnier Wilson-London (S. 628—630) sprach über dasselbe Thema und hebt vor allem hervor, man müsse neben der Serumreaktion auch den klinischen Befund zur Beurteilung der Behandlungsart heranziehen. Soweit bei dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse es möglich ist, soll hierbei vor allem ein Unterschied zwischen toxischen und strukturalen oder degenerativen Symptomen gemacht werden, bei welch' ersteren die Therapie eine weit dankbarere Aufgabe hat. Im allgemeinen trachtet W. immer danach, negative Reaktion zu erzielen, was langdauernde und oft wiederholte Behandlungen erheischt. Die intrathekale Einverleibung von Arsenikverbindungen hat ihm hierbei bessere Resultate geliefert wie die intravenöse, merkurialisiertes Serum bessere wie salvarsanisiertes. Ein lösliches Quecksilberpräparat übrigens, das leicht und schmerzlos, d. i. mit möglichst geringer lokaler und Allgemeinstörung und einem Maximum von Wirksamkeit spinal einzuführen ist, sei nach W.s Ansicht sicher jeder Form von Arsenik vorzuziehen, harre aber noch seiner Entdeckung. Eine spezielle Frage bildet die Behandlung der im Gehirn oder Rückenmark liegenden Gummata; ein Gumma ist für W. in allen Fällen ein Fremdkörper, dessen Struktur durch antisyphilitische Behandlungsmethoden keine Veränderung erfährt. Wo lokalisierte Symptome auf ein umschriebenes Gumma hinweisen, so sollte immer chirurgisch vorgegangen werden, und W. hat mit der Entfernung von Tumoren, die sich als Gummata erwiesen, unzweifelhafte Erfolge erzielt. Douglas K. Adams-Glasgow bespricht die Behandlung der Nervensyphilis speziell mit Bezug auf die Veränderungen im Liquor cerebrospinalis. (S. 630—632.) Bei etwa 200 Fällen wurden 2000 Salvarsaninjektionen nach vorheriger Quecksilber- und Jodbehandlung ohne besondere Zwischenfälle ausgeführt, intrathekale Therapie und Silbersalvarsan nicht angewendet. Ernest M. Dunlop-Glasgow (S. 632—634) behandelt die WR in der Diagnose und Kontrolle der Behandlung der Nervensyphilis. In jedem Falle von Nervenerkrankung und bei der regelrechten Syphilisbehandlung wäre es demnach sehr erwünscht, den Liquor cerebrospinalis und dessen WR zu untersuchen. Die Erfolge, die in der bisherigen Behandlung der Nervensyphilis — mit Injektionen der bekannten Mittel in das Blut und in den Liquor cerebrospinalis — erzielt wurden, sind so vielversprechende, daß diese Methoden jedenfalls weiter angewandt und ausgebaut werden sollen. Es ist noch kein Beweis dafür erbracht worden, daß positive WR bei einem Nichtsyphilitiker als Folge intravenöser Salvarsan-(Novarsenobillon-)Injektion auftreten kann.

M. Stern-München.

Die Resultate der Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems (The Result of Treatment in Syphilis of the Central Nervous System), von R. Hearn. (Brit. m. J., 8. VII. 1922, S. 37.) Verf. berichtet über 100 Fälle von Syphilis des Nervensystems, die mit sehr gutem Erfolg so behandelt wurden, daß der intravenösen Salvarsaninjektion sofort eine Lumbalpunktion folgte. Man stützt sich hierbei auf die Überlegung, daß durch den durch die Punktion geschaffenen negativen Druck das intravenös eingeführte Salvarsan viel schneller in die Plexus chorioidei geleitet werde.

E. Sklarz-Berlin.

Digitized by Google

Über die Behandlung der Metasyphilis nach Gennerich, von Theodor Brunner. Sanatorium Küsnacht-Zürich. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 33.) Die nach der kombinierten intravenösen und endolumbalen Methode behandelten Fälle zeigten wesentliche klinische Besserungen (Verschwinden der psychomotorischen Erregung, Rückkehr der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, sowie der Orientierung, Verschwinden der Sprach- und Schriftstörung, Nachlassen der tabischen Beschwerden), sowie Besserungen des pathologischen Liquorbefundes (Rückgang der hohen Wassermann-, Eiweiß- und Lymphozytenwerte). Es können weitgehende Besserungen, vielleicht sogar Heilungen erzielt werden, jedoch ist von weiteren Versuchen abzustehen, wenn nach 3—4maliger endolumbaler Behandlung in Kombination mit intravenöser Therapie keine Besserung eintritt. Die Fieberbehandlung (Heterovakzine, Tuberkulin, Natr. nucleinic., Malaria, Rekurrens) erscheint zur Unterstützung, besonders bei expansiver und agitierter Paralyse und allen Prozessen, die hochgradige Eiweiß- und WR-Werte im Liquor aufweisen, zur Unterstützung der endolumbalen Behandlung zweckmäßig. Die heutige Technik der endolumbalen Behandlung gestattet die Entnahme großer Liquormengen; besonders bei initialer Tabes ist eine weitgehende Steigerung der Dosierung, die sich aus den Beobachtungen unter der Behandlung selbst ergibt, für den Erfolg maßgebend. Bei Innehaltung strengster Asepsis und genauer Kontrolle des Pat. ist die endolumbale Behandlung ungefährlich. E. Levin-Berlin.

Über einen neuen Weg der Behandlung der metaluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, von A. Löwenstein-Prag. (M. Kl., 1922, Nr. 29, S. 924.) Nach Beobachtungen, welche über die Bedeutung von Reizwirkungen am Auge für den Übergang von chemischen Substanzen aus dem Blute in die Augenflüssigkeiten vorliegen, schlägt Verf. vor, bei tabischen Sehnervenaffektionen neben der von Hermann verwendeten intralumbalen Lufteinblasung zugleich Reizwirkungen am Auge auszulösen, wozu er höherprozentige subkonjunktivale Kochsalzinjektionen, eventuell kombiniert mit einer zur Neddensschen Glaskörperabsaugung empfiehlt. Auf diese Weise habe man gute Aussicht, eine wirksame Anreicherung des Liquors mit Salvarsan zu erzielen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Heilt das Quecksilber die Syphilis? (Le mercure guérit-il la syphilis?), von L. Cheinisse. (Presse méd., 1922, Nr. 32, S. 346.) Verf. bespricht die von F. Lesser im vorigen Jahr geäußerte abfällige Beurteilung der Wirksamkeit des Quecksilbers und auch der sonstigen Luestherapie und die von Blaschko, Heller u. a. vorgebrachten Gegenbeweise. Namentlich weist er auf die von Dina Sandberg im Jahre 1895 publizierten Beobachtungen hin, daß von 523 Injizierten bei so gut wie vollständigem Mangel an jeglicher Behandlung 72% sich im tertiären Stadium befanden. Es ist nicht daran zu zweifeln, daß das Quecksilber imstande ist, eine völlige Heilung der Syphilis herbeizuführen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Kalomelöl in der Behandlung der angeborenen Syphilis, von Erich Müller. (M. Kl., 1922, Nr. 22, S. 694.) Die chemische Fabrik von Dr. Karl, Berlin SO. 26, stellt sämtliche in Frage kommenden Verdünnungen (3—9%) her, so daß der Arzt ein stets gebrauchsfertiges Präparat zur Hand hat. So wird z. B. für ein 4 kg schweres Kind ein 4%iges Kalomelöl verschrieben, daß in 0,1 ccm die für dieses Kind notwendige Menge von 0,004 g Kalomel enthält. Um entzündliche Schwellungen zu vermeiden, müssen alle notwendigen Gaben immer nur in 0,1 ccm Öl eingespritzt werden. G. Heymann-Elbing.

Zur Dosierung des Novasurols, von Henius, II. med. Univ.-Kl. Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1922, Nr. 10, S. 398.) 2 ccm Novasurol in 3tägigen Intervallen intravenös oder intramuskulär verabreicht, wurde von den meisten Kranken anstandslos vertragen, erzeugte aber gelegentlich hämorrhagische Kolitis. Nach Herabsetzung der Einzeldosis auf 1 ccm wurde diese nicht wieder beobachtet. A. de Lemos-Hamburg.

Über ein neues Quecksilbersalizylat „Depogen", von Egon Kollmann. (M. Kl., 1922, Nr. 23, S. 725—727.) Die subjektiven Beschwerden bei der Anwendung des Präparates, welches Hg salicyl. in besonders feiner Verreibung enthält, sind wesentlich geringer als jene, die bei Injektionen, bei magistraliter verordneter Quecksilbersalizylatsuspension auftreten. Fehlen oder höchst seltenes Vorkommen irgend welcher Nebenerscheinungen. G. Heymann Elbing.

Flumerin — ein neues Quecksilberpräparat für die intravenöse Syphilisbehandlung. Erster Bericht über chemische, tierische und klinische Experimente und Ergebnisse (Flumerin — a New Mercurial for the Intravenous Treatment of Syphilis. First Report of Chemical, Animal and Chlinical Experiments and Results

Digitized by Google

von Edwin C. White, Justina H. Hill, Joseph Earle Moore und Hugh H. Young-Baltimore. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 11, S. 877—884.) Flumerin ist die Abkürzung für das Dinatriumsalz des Hydroxymerkurifluoreszein. Es ist ein dunkelrotes, in heißem Wasser leicht lösliches Pulver. Es zeichnet sich durch geringe Toxizität trotz hohen Hg-Gehaltes aus und ist, intravenös eingespritzt, nahezu reizlos auf die Nieren. In der Behandlung der experimentellen Kaninchensyphilis hat sich das Präparat als wirksam erwiesen, seine Dosen wurden gut vertragen. Auf Grund der guten Tierexperimente wurde es auch beim Menschen angewandt. Im ganzen wurden 96 Syphilitiker aller drei Stadien mit Flumerin behandelt. Die Exantheme schwanden, die vorher positive WR wurde in den meisten Fällen negativ. Die Einzeldosis war 0,2 g. Flumerin wurde selbst in den Fällen vertragen, die auf andere Quecksilberverbindungen schlecht reagierten. F. Quasig-Hamburg.

Über die Mischspritzenbehandlung der Syphilis, von Mauelshagen und Strempel-Bonn. (D. m. W., 1922, Nr. 38, S. 1282—1284.) Mit der Mischspritzenbehandlung wurden gute symptomatische Erfolge und rasche Beeinflussung der Spirochäten an den der Untersuchung zugänglichen Stellen erzielt. Bezüglich der Dauerwirkung und der Beeinflussung der serologischen Reaktionen ergaben die zweizeitig kombinierten Kuren bessere Resultate. F. Harry-Berlin.

Heilversuche mit „Intrasol" (Hg-As-Präparat), von S. Szentkiralyi-Budapest. (Orv. Hetilap, 1922, Nr. 15.) Intrasol ist eine Lösung von einer 1%igen Hg und 0,6%igen organischen As-Verbindung. Es soll als ungarisches Präparat das Enesol ersetzen. Hergestellt wird es von der chemischen Fabrik Chinoin-Ujpest. M. Porosz-Budapest.

Ersatz des teuren Jodkaliums durch Tinctura jodi in der Syphilistherapie, von A. Winckler-Bad Nenndorf. (D. m. W., 1922, Nr. 41, S. 1388.) An Stelle des teuren Jodkalis werden 6—10 Tropfen in einer Tasse Wasser 3mal täglich verordnet. F. Harry-Berlin.

Die therapeutische Wirkung der Oxyaminophenylarsensäure bei Hühnerspirillose und experimenteller Kaninchensyphilis (Action thérapeutique de l'acide oxyaminophénylarsinique dans la spirillose des poules et la syphilis expérimentale du lapin), von C. Levaditi und A. Navarro-Martin. (Extr. d. ann. d. l'Inst. Pasteur, Januar 1922, Bd. 36, S. 46.) Verff. kommen zu dem Schluß, daß die Oxyaminophenylarsensäure, ihr Salz und ihr Azetylderivat eine sichere Heilwirkung auf die Syphilis des Kaninchens haben. Das Präparat Nr. 189 heilt in gleicher Weise die Spirillenerkrankung des Huhnes. Das Mittel läßt sich leichter subkutan einspritzen. Die Beziehung C. T. beträgt für das Mittel $^1/_4$, während sie für Salvarsan $^1/_8$ beträgt. Verff. hoffen, daß die intramuskulären Injektionen, die sicher weniger giftig sind als bei Salvarsan, einen kräftigen Heilerfolg auslösen. Die Injektionen mit in Öl gelöster Substanz werden leicht resorbiert, ohne daß Indurationen entstehen. A. Rosenburg-Berlin.

Wie lange und in welcher Konzentration verbleibt Salvarsan im menschlichen Blut?, von Hans Th. Schreus und Alfred Holländer, Univ.-Hautkl. Bonn. (Kl. W., 1922, Nr. 42, S. 2089.) Als Methode zur Prüfung der obigen Frage wurde die von Abelin angegebene benutzt, die in einer Diazotierung des Salvarsans durch verdünnte Salzsäure und $^1/_2$%iger Natriumnitritlösung und späterem Hinzufügen einer durch Na_2CO_3 alkalisch gemachten Resorzinlösung besteht. Die Methode gibt noch Salvarsan in einer Verdünnung von $^1/_{100\,000}$ deutlich an, und zwar durch Entstehung einer roten Farbe. Es wurden folgende Tatsachen festgestellt: 1. Länger als 3 Stunden p. inj. ist Salvarsan im Blutserum nicht nachweisbar. 2. Der Konzentrationsabfall erfolgt in allen Fällen mit ganz geringen Abweichungen gleichmäßig. Ob Menschen mit verzögertem Konzentrationsabfall zu Intoxikationen neigen, muß noch geprüft werden. 3. Die Höhe der injizierten Dosis hat auf den Konzentrationsabfall keinen Einfluß. 4. Der Konzentrationsabfall wird von den vorhergehenden Injektionen nicht beeinflußt; es scheint also nichts für eine Kumulierung des Salvarsans, wenigstens im Serum, zu sprechen. 5. Auch die verschiedenen Salvarsanpräparate verhalten sich bezüglich Konzentrationsabfall gleich. 6. Die Hauptausscheidung (etwa 70%) geschieht in den ersten 15 Minuten teils durch Abgabe an die Gewebe, teils durch Ausscheidung. Das endgültige Verschwinden der letzten Salvarsanreste läßt sich nicht feststellen. E. Langer-Berlin.

Bemerkungen über J. Citrons Vortrag über Salvarsanfragen, von E. Pulay-Wien. (M. Kl., 1922, Nr. 28, S. 899.) P. stimmt Citron energisch zu, namentlich inbezug auf die Wichtigkeit der richtigen Dosierung und der Vermeidung von ungenügenden Gaben. Es müßten Syphilidologen ausgebildet werden, die zugleich auch Internist und Neurologe wären. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Über Neosilbersalvarsan, von Fr. Hannemann-Bremen. (M. Kl., 1922, Nr. 20, S. 627—628.) Bei guter Verträglichkeit, geringer Giftigkeit und bei wenig Nebenwirkungen ermöglicht das Mittel eine zuverlässige, sichere, leicht auszuführende Behandlung der Syphilis. G. Heymann-Elbing.

Erfahrungen mit Neosilbersalvarsan, von R. Schiller-Würzburg. (D. m. W., 1922, Nr. 39, S. 1307—1308.) Das Neosilbersalvarsan wirkt rasch und kräftig auf Spirochäten und klinische Erscheinungen. Abortivfälle wurden regelmäßig geheilt. Nebenwirkungen sind seltener als bei Anwendung anderer Salvarsanpräparate. Der angioneurotische Symptomenkomplex fehlt vollkommen. Die durchschnittlichen Einzelgaben betragen für Frauen 0,2—0,35, für Männer 0,3—0,45. Zur Vermeidung von Nebenwirkungen wird empfohlen, die Neosilbersalvarsanlösung etwa 10 Minuten vor der Injektion stehen zu lassen und ganz langsam zu injizieren. F. Harry-Berlin.

Das Aminoarsenophenol (132) bei der intramuskulären Behandlung der Syphilis (L'Amino-Arséno-Phénol (132) dans le traitement de la syphilis par la voie intramuskulaire), von E. Jeanselme, M. Pomaret und Marcel Bloch. (Presse méd., 1922, Nr. 37.) Es handelt sich um ein organisches Arsenpräparat, das ohne Beschwerden zu verursachen, intramuskulär eingespritzt werden kann, also auf einem Wege, der als der wirksamste bezeichnet werden muß. Die für den Gebrauch fertigen Ampullen enthalten 0,12 des Präparates im Kubikzentimeter, was einem Arsengehalte von 0,25 Salvarsan entspricht. Es wird eine Ampulle in Zwischenpausen von 2—3 Tagen gespritzt, oder je zwei, auch drei Ampullen in längeren Pausen. Die angewendete Gesamtdosis entspricht 5,0—6,0 Salvarsan. Die therapeutische Wirksamkeit war bei allen Stadien der Syphilis eine vorzügliche, sowohl auf den Spirochätenbefund wie auf die klinischen Erscheinungen und die WR. Fälle seronegativer Primärsyphilis blieben bei einer Beobachtung bis zu 6 Monaten negativ, in einem Falle konnte eine als sicher zu betrachtende Reinfektion bei negativer WR beobachtet werden. Bald nach der Einspritzung ist das Medikament im Urin nachweisbar, die Resorption also eine sehr schnelle. Vier nach verdächtigem Koitus präventiv behandelte Fälle blieben klinisch und serologisch frei. Mehrere Kranke, die andere Arsenpräparate nicht vertragen hatten (Erytheme, Fieber, Albuminurie, angioneurotischer Symptomkomplex, Herz- und Lungenkranke), konnten mit 132 ohne Auftreten irgendwelcher Nebenerscheinungen behandelt werden, nur in 4 Fällen von schwerer exfoliierender Erythrodermie, bei denen Arsen in keiner Form, auch nicht bei geringen Dosen von Fowlerscher Lösung vertragen wurde, trat nach 132 ein Wiederaufflammen der Erscheinungen auf. Die Dosis, die man in einer verhältnismäßig kurzen Zeit einverleiben kann, ist größer als bei der gewöhnlichen intravenösen Behandlung. E. Levin-Berlin.

Die therapeutischen Erfolge der Sulfoxylatsalvarsanbehandlung der Syphilis, von Joh. Fabry. (M. Kl., 1922, Nr. 22, S. 690—691.) Mit kleinen und mittleren Dosen war eine wesentliche Beeinflussung klinischer Symptome nicht zu erzielen. Die Einzeldosen wurden auf 10, 12 und 14 ccm erhöht und gut vertragen. Bei Fällen rezenter Syphilis ist das Präparat nicht in der Lage, das Neosalvarsan und Silbersalvarsan zu ersetzen. Die Anwendungsmöglichkeiten liegen wahrscheinlich auf dem Gebiet der metaluetischen Erkrankungen und der latenten Lues mit resistenter positiver WR. G. Heymann-Elbing.

Salvarsanfragen, von Arndt-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 8 und 9.) In den Jahren 1914—1918 hat Verf. 4 Todesfälle nach Salvarsanbehandlung beobachtet. Die durch Sektion bestätigte Diagnose lautete in dem einen Fall (einen etwa 40jähr. Mann betreffend) auf Encephalitis haemorrhagica; beim zweiten (älterer Mann) Leberveränderungen als Folge von Salvarsanwirkung; beim dritten Fall, eine jüngere Gravida, konnte der Zusammenhang mit Salvarsanwirkung nicht bestimmt nachgewiesen werden, und der vierte Todesfall betraf ein junges, nicht syphilitisch infiziertes Mädchen, das wegen schwerer ekzemartiger Erkrankung 2mal 0,15 Neosalvarsan erhalten hatte. Während in den Jahren 1919 und 1920 kein Todesfall sich ereignete, gingen 1921 von 1913 Kranken 8 durch Salvarsanvergiftung zugrunde; dazu kommen 4 weitere von anderer Seite behandelte Fälle, im ganzen also 12 Fälle, von denen 11 Männer waren. Das klinische Bild war bei 7 das der akuten bzw. subakuten gelben Leberatrophie, bei 3 universale Dermatitis und bei je einem Encephalitis haemorrhagica (richtiger: Purpura cerebri) bzw. Myelitis. Aus der eingehenden Besprechung dieser klinischen und pathologisch anatomischen Betrachtungen entnimmt Verf. vor allem die dringende Mahnung zu einer sorgfältigeren Auswahl der mit Salvarsan zu behandelnden Pat. Man darf über das neue Heilmittel nicht die altbewährten Behandlungsarten, wobei er besonders die

Digitized by Google

Schmierkur hervorhebt, vergessen. Besondere Beachtung verdient auch der Ikterus, der bei seinem Material unter 280 Fällen nicht weniger als 231 mal als Salvarsanwirkung zu deuten war. Verf. hält daran fest, stets nur mit der Dosis I von Neosalvarsan, eventuell noch weniger zu beginnen und nicht über Dosis III bei Männern und Dosis II bei Frauen hinauszugehen. Schließlich ist auch darauf zu achten, ob nicht manche Schädigungen einer mangelhaften Beschaffenheit des Präparates zuzuschreiben sind.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Purpura nach Neosalvarsaninjektion. Zugleich ein Beitrag zur Ätiologie der Encephalitis haemorrhagica, von M. Jarecki-Stettin. (D. m. W., 1922, Nr. 35, S. 1174—1175.) Nach der 7. Injektion von 0,6 Neosalvarsan und 0,3 Sublamin traten am Stamm und an den oberen Extremitäten Hautblutungen auf. Pat. erhielt täglich Atropininjektionen. An den Einstichstellen bildete sich jedesmal ein größeres Extravasat von typischem Aussehen der Purpuraflecke. Auf Kalziummedikation bildeten sich die Flecke zurück. Derselbe pathologisch-anatomische Vorgang spielt sich auch bei der Purpura cerebri ab.
F. Harry-Berlin.

Dermatitis exfoliativa nach Silbersalvarsan (Exfoliative Dermatitis Following Silver Arsphenamin), von L. Thompson-Hot Springs. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 8, S. 628.) Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß die exfoliierende Dermatitis jedesmal nach Salvarsan auftrat, obwohl Jahre zwischen der ersten und zweiten Behandlung liegen.
F. Quasig-Hamburg.

Salvarsanexanthem in der Gravidität und Exitus im Wochenbett, von F. Kirstein-Marburg. (Zbl. f. Gynäk., 1922, Nr. 41, S. 1634.) Verf. beobachtete bei einer II-Gravida im 8. Schwangerschaftsmonat im Anschluß an eine Salvarsankur Juckreiz und Albuminurie. Gleichzeitig wird eine Erkältung der Pat. festgestellt, die, obgleich sie zunimmt, nach Ansicht des Internisten doch nicht zu einer Pneumonie führt. Am 4. Tage nach Beendigung der Kur tritt ein universelles Körperexanthem mit heftigem Juckreiz auf. Da die kindlichen Herztöne, allerdings nur vorübergehend, schwächer wurden, wurde innerlich untersucht. Eine Schnittentbindung wurde mit Rücksicht auf das Exanthem abgelehnt, besonders da nach Bericht des Falles der Jenaer Klinik (Lorenzen) eine Infektion befürchtet wurde. Es wurde dann am Abend ein lebendes Kind spontan geboren. Eine Stunde später folgt die Plazenta, ohne Kunsthilfe; weitere 20 Minuten später unter Schüttelfrost Temperaturanstieg bis 40,7. In den folgenden Tagen weiterhin Temperaturen zwischen 37 und 40,7 intermittierendes Fieber. Vom 2. Tage an im Vaginalsekret hämolytische Staphylokokken. Am 3. Tage Schmerzen in der Nierengegend, jedoch Urin keimfrei. Seit dem 10. Tage post partum, doppelseitige Femoralisthrombose. Nach 14 Tagen Exitus. Da der Internist die Erkrankung der Lungen, pneumonische Infiltration des linken Unterlappens als sekundäre Erkrankung ansprach, so stellte Verf. die Diagnose: Sepsis durch Thrombophlebitis puerperalis durch Verschleppung exogener Keime bei der vaginalen Untersuchung. Eine ähnliche Erklärung gibt ja auch Lorenzen. Die Autopsie jedoch ergab eine Influenzapneumonie als einwandfreie Todesursache: nekrotisierende und eitrige Pneumonie beider Oberlappen, Bronchitis, Tracheitis, Pleuritis, akute Milzhyperplasie, parenchymatöse Degeneration von Leber, Niere, Herzmuskel. Zwei Abszesse in den Venen der rechten Uteruswand. Es lag, worauf der Pathologe ausdrücklich hinwies, nur die Influenzapneumonie als Todesursache vor, da die Abszesse am Uterus schon in der Abheilung sich befanden. Die Infektionsgefahr ist also bei den mit Salvarsanexanthem Befallenen nicht größer als sonst, und besteht auch bei Schwangeren keine herabgesetzte Widerstandsfähigkeit gegen das Salvarsan, im Gegensatz zu der Ansicht Wechselmanns und Spiethoffs.
A. Rosenburg-Berlin.

Über Afenil zur Verhütung gewisser Salvarsanschäden, von G. Stümpke-Hannover. (M. Kl., 1922, Nr. 30, S. 965.) Die Afenilinjektionen wurden in Dosen von 5—10 ccm teils 24 Stunden vor der Salvarsaninjektion teils auch gleichzeitig mit dieser und unter Verwendung des Afenils als Lösungsmittel für das Salvarsan. Es wurden anfangs 2—3, später auch bis zu 6 Afenilspritzen gegeben. Als Kontraindikationen wurden organische Herzleiden, Klappenfehler, Myokarditis und Arteriosklerose angesehen; Nierenaffektionen scheinen keine Gegenindikation abzugeben. Die günstige Wirkung äußerte sich besonders in der Bekämpfung und Verhütung von Salvarsandermatitis, Fieber und den verschiedenen subjektiven Beschwerden, wie Verf. an einigen Fällen darlegt. Bei reinen Dermatosen waren die Erfolge weniger befriedigend. Bei 4 Fällen erwies sich der Ca-Gehalt des Blutes nach der Einspritzung von Afenil gegen den vorherigen Befund deutlich vermindert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Hämatologische Untersuchungen bei experimenteller Kollargol- und Salvarsanvergiftung, von F. Herzog und A. Roscher, Med. Univ.-Kl. Greifswald. (Zschr. f. d. ges. exp. Med., Bd. 29, H. 3/4, S. 224—246.) Kollargol ruft beim Kaninchen bei chronischer Vergiftung mit hohen Dosen im Gegensatz zu den Blutveränderungen beim Menschen nach Kollargolvergiftung, bei denen die Störungen des weißen Blutbildes besonders auffallend sind, eine progrediente Anämie ohne wesentliche Veränderungen des weißen Blutbildes hervor. Es wird dabei ein starker Reiz aufs Knochenmark mit intensiver Neubildung von Erythrozyten in erster Linie, aber auch von Granulozyten und den Jugendformen der beiden ausgeübt. Das histologische Knochenmarksbild ist sehr charakteristisch. Es läßt sich die Herkunft der Jugendformen der Erythrozyten und speziell der granulierten Leukozyten gemeinsam aus den Gefäßwandzellen der neugebildeten Kapillaren, wahrscheinlicher den Endothelien derselben im Präparat mit großer Wahrscheinlichkeit nachweisen. Neosalvarsan ruft bei chronischer Vergiftung beim Kaninchen keine deutliche Veränderung des Blutbildes, weder des roten noch des weißen hervor. Eine Aleukie wie beim Menschen fehlt. Das Knochenmark war übernormal zellreich und zeigte einen ziemlich reinen myelozytotischen Charakter.

G. Assmann-Kiel.

Über akute Arsenvergiftung (An Adress on Acute Arsenical Poisoning), von W. H. Willcox. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3212, S. 118.) Verf. berichtet in der Hauptsache über Vergiftungen durch anorganische Arsenverbindungen. An Hand von meist kriminellen Fällen von Arsenvergiftung werden die Veränderungen an den einzelnen Organen und deren Symptome eingehend erörtert. Es folgen Berichte über Sektionsbefunde, chemische Analyse, Ausscheidung des Arsens und seine Verteilung in den Körperorganen. Zum Schluß geht Verf. auf die Vergiftung durch Salvarsanderivate ein. Es findet sich dabei fettige Degeneration in der Leber, den Nieren und dem Herzmuskel. Die Hauptschädigung trifft die Leber, und die Symptome der akuten Salvarsanvergiftung gleichen denen eines Icterus gravis. Die Schädigung der Leberzellen bedingt eine Leberinsuffizienz, die zur Autointoxikation führt. Nach Macklean soll die Gefahr der Leberschädigung geringer sein, wenn die Leberzellen einen bestimmten Vorrat von Glykogen geladen haben, und es wird daher geraten, kurz vor der Salvarsandarreichung Glukose zu geben.

S. Bommer-Heidelberg.

Toxische Wirkungen der Arsenobenzolpräparate (Toxic Effects of Arsenobenzol Preparations). (Brit. m. J., 1922, Nr. 3213, S. 184.) Es handelt sich um einen Bericht der Salvarsankommission, die im Jahre 1918 im Anschluß an die Häufung schwerer Ikterusfälle nach Salvarsan und 914 (Alt- bzw. Neosalvarsan entsprechend) eingesetzt worden war. Die Art des Medikaments war für das Auftreten von Schädigungen kaum von Bedeutung, desgleichen sind technische Fehler bei der Einverleibung wohl nicht dafür anzuschuldigen. Vor allem wurden Encephalitis haemorrhagica, akute gelbe Leberatrophie und exfoliative Dermatitiden beobachtet, daneben Nierenschädigungen, ulzerative Enteritiden, Polyneuritiden und aplastische Anämien. Teils sind diese üblen Nebenerscheinungen dem Arsen, teils dem Salvarsan zuzuschreiben. Salvarsanschädigungen gehen mit Leberinsuffizienz einher, die man durch Prüfung mittels Lävulose und Lipasebestimmung offensichtlich machen kann. Alterationen der Leber durch Änderung des Lävuloseverarbeitungsvermögens und Änderung des Lipasegehaltes des Blutes zeigen sich gewöhnlich deutlich erst etwa 3 Monate nach der letzten Injektion, um nach 6 Monaten abgeklungen zu sein. Es gibt bei der Salvarsandarreichung zweifellos eine Reihe von Todesfällen, die aber gegen die Zahl der bei der früheren Behandlung auch aufgetretenen zurücktreten. Die mitgeteilten Tatsachen zwingen aber zur Mahnung zu äußerster Vorsicht bei der Anwendung von Salvarsan als eines Mittels, das notwendigerweise in Dosen gebraucht wird, die sich in größter Nähe der Gefahrzone bewegen.

E. Sklarz-Berlin.

Die Bedeutung von Leberstörungen bei der Pathogenese der Arsenobenzolerytheme (Importance des troubles hépatiques dans la pathogénie des érythèmes arsénobenzéniques), von Desaux, Beauxis-Lagrave, Boutelier und Barbier. (Presse méd., 1922, Nr. 62, S. 668.) Störungen der Leberfunktionen sollen eine wesentliche Rolle spielen in der Pathogenese der Salvarsanerytheme. Verff. glauben, durch ihre Untersuchungen an 10 Erythemkranken nachgewiesen zu haben, daß vor allem Störungen der Funktion der Gallenbildung, sowie der proteolytischen Leberfunktion hier von Einfluß sind. Außerdem konnte bei 8 der 10 Fälle Azetonurie festgestellt werden. Die Ursache der Leberstörung ist nicht einheitlich. Schädigungen durch das Syphilisvirus oder durch das Salvarsan scheinen keine allzu wesentlichen Faktoren zu sein. Es ist

Digitized by Google

vielmehr auf andere Momente, die eine Schwäche des Organs bedingen, zu achten: Alkohol, schlechte Ernährung, vor allem Fettmangel, andere Infektionskrankheiten, wie Grippe usw. S. Bommer-Heidelberg.

Zur Pathogenese des Salvarsanikterus, von v. Falkenhausen-Breslau. (D. m. W., 1922, Nr. 35. S. 1173.) Sowohl beim Frühikterus als auch beim Spätikterus nach Salvarsan liegt eine Parenchymschädigung der Leber vor. In den Frühfällen ist die Schädigung stark genug, um Galle in die Blutbahn übertreten zu lassen, während bei Spätfällen noch ein anderer Faktor (Duodenalkatarrh) hinzutreten muß.

F. Harry-Berlin.

Zur Frage des Ikterus nach Salvarsan, von G. Stümpke-Hannover. (M. Kl., 1922, Nr. 10, S. 295—298.) Wenn auch zugegeben ist, daß das Salvarsan auf die Leber schädigend einzuwirken imstande ist, so muß man, wie Verf. an der Hand eigener Beobachtungen und einer übersichtlichen Besprechung der Literatur darlegt, die Hauptschuld des in letzter Zeit beobachteten gehäuften Auftretens von Ikterus bei Syphiliskranken anderen Momenten zuschreiben. Hiermit stimmt der günstige Erfolg, den Verf. mit der Verabreichung kleiner Dosen von Neosalvarsan bei solchen Fällen im allgemeinen erzielt hat, überein. Er gibt zunächst eine Dosis von 0,15. Reagiert der Kranke darauf günstig, so wird 2—3 Wochen lang die gleiche Menge weitergegeben und erst dann auf 0,3 gesteigert oder auch Quecksilber verabreicht. Bei ungünstiger Reaktion auf die erste kleine Dosis zumal bei Verschlechterung des Allgemeinbefindens wird die Salvarsantherapie sofort eingestellt und (nach dem Vorgang von Zimmern) nur mit Bettruhe, fettfreier, flüssiger Kost, Karlsbader Salz und warmen Umschlägen bis zum völligen Vergehen des Ikterus weiter behandelt. Erst dann wird den Indikationen gemäß mit spezifischen Mitteln weiter behandelt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute gelbe Leberatrophie, Malaria und Salvarsan, von H. Fernbach-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 10, S. 306—307.) Ein 22jähr. Kaufmann, nie über das Weichbild von Berlin hinausgekommen, drei Jahre vor der Aufnahme syphilitisch infiziert und ausgiebig mit Salvarsan, zuletzt acht Tage vor der jetzigen Erkrankung, behandelt, kam als typhusverdächtig nach kurzem Kranksein mit Fieber, Müdigkeit, Benommenheit ins Krankenhaus. Es bestand alsdann vollständige Bewußtlosigkeit, etwas Leberschwellung, keine Milzvergrößerung, gesteigerte Reflexe. Kurz vor dem Tode wurden einige Blutausstriche angefertigt; es fanden sich in den roten Blutkörperchen mäßig reichlich kleine Tropikaringe ($^1/_5$—$^1/_6$ Blutkörperchen groß, zum Teil mit zwei Chromatinkörnchen, einzelne Blutkörperchen mehrfach infiziert), vereinzelte halb und ganz erwachsene Parasiten und einzelne Teilungsformen. Halbmonde in mäßiger Menge. Sektion, nur teilweise gestattet, ergab noch akute interstitielle Hepatitis. Verf. betont die Gefahr der Salvarsandarreichung bei Individuen mit latenter Malaria.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Komplikationen und Heilungen subakuter Leberatrophie bei Syphilis, von A. Buschke und E. Langer-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 35, S. 1168—1170.) Mitteilung von zwei Fällen von Frühsyphilis, bei denen drei Monate nach Abschluß der Salvarsankur Ikterus, Aszites, Anasarka und Hydrothorax auftrat. In einem Fall war die Leber vergrößert, im anderen verkleinert. Fälle von schwerer Leberatrophie können in Heilung übergehen. Leuzin und Tyrosin können bei schweren Leberaffektionen fehlen. Alle Erkrankungsformen der Leber vom Ikterus bis zur Atrophie mit partieller Zirrhose beruhen auf einer Schädigung des Parenchyms. Sie wird durch eine toxisch-spezifische Noxe hervorgerufen. Das Salvarsan spielt meist keine primär-ätiologische Rolle, sondern ist als sekundär auslösendes Moment zu betrachten.

F. Harry-Berlin.

Über die bedrohliche Ausbreitung der tropischen Malaria in der einheimischen Bevölkerung und ihre Beziehungen zum Salvarsan, von Ulrich Friedemann-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 33, S. 1642.) Nach einer erst vor kurzem von Sklarz (Kl. W., 1922, S. 1414) aus dem Rudolf-Virchow-Krankenhaus mitgeteilten Beobachtung über das in den letzten Monaten gehäufte Vorkommen von Provokation schwerer Malariaanfälle durch Salvarsan kann Verf. ein neues größeres Material veröffentlichen. Bei Abschluß der Arbeit hatte sich die Zahl der Malaria-Provokationsfälle auf im ganzen etwa 30 festgestellte Fälle erhöht. Besonders wichtig ist, daß auch bei nie aus Deutschland herausgekommenen Personen Malaria tropica gefunden ist, so daß man feststellen kann, daß auch in unserem Klima mit einem — und zwar gar nicht so seltenen — Vorkommen und einer Übertragung der Malaria tropica gerechnet werden muß. Es ist bei uns, zumal durch den Krieg eine stärkere Malaria-

Digitized by Google

durchseuchung der Bevölkerung stattgefunden hat, mit einer sich noch weiter ausbreitenden Malariaendemie zu rechnen. Die Diagnose ist nicht allzu schwierig, wenn man an Malaria differentialdiagnostisch denkt und das Krankheitsbild kennt. Sie verläuft häufig unter Krankheitserscheinungen, die das Bild einer typhösen Erkrankung, vor allem aber auch einer Lebererkrankung vortäuschen. In allen diagnostisch zweifelhaften Fällen muß daher auf Malaria gefahndet werden. Das gilt ganz besonders bei im Verlauf einer Salvarsankur auftretenden unklaren Fiebersteigerungen. Die Mehrzahl der Beobachtungen ergibt Fälle, in denen die Malaria durch eine Salvarsankur ausgelöst wurde. Da es sich vielfach um schon seit Jahren mit Salvarsan behandelte Pat. handelte, muß in vielen Fällen wohl noch ein anderer auslösender Faktor berücksichtigt werden, wie z. B. körperliche Anstrengungen, Erkältungen, Alkoholexzesse usw. Therapeutisch muß sofort die Salvarsankur abgesetzt und eine energische Chininkur eingeleitet werden. Hinausziehen der spezifischen Therapie oder gar weitere Verabfolgung des Salvarsans verschlimmern die Erkrankung. Dringend notwendig ist in jedem unklaren Falle bei Fieber nach Salvarsan eine gründliche Untersuchung des Blutes auf Parasiten. Es muß daran gedacht und berücksichtigt werden, daß in vielen Malariafällen die WR positiv ausfällt. E. Langer-Berlin.

Die Behandlung der Syphilis mit Bismutpräparaten, von Br. Bloch-Zürich. (Kl. W., 1922, Nr. 38, S. 1883.) Verf. hat seit acht Monaten Bismutpräparate erprobt, von denen sich ihm das Trepol (Bismut-Kalium-Natrium-Tartrat) und das Quinio-Bismut (Jodbismutverbindung des Chinins) am besten bewährt haben. In seiner Wirkung scheint es nach den beobachteten Fällen — wie viele es sind, gibt Verf. leider nicht an — zwischen Salvarsan und Quecksilber zu stehen sowohl bezüglich der spirilloziden Wirkung wie auch in der Beseitigung der klinischen Erscheinungen. Es dürfte zu mit Salvarsan kombinierten Kuren geeignet sein, des weiteren ist die Verwendung überall angebracht, wo Salvarsan und Hg keine Erfolge erzielen. In seinen Nebenwirkungen auf Mund, Darm, Nieren usw. macht es dem Hg ähnliche Symptome, wenn auch Verf. glaubt beobachtet zu haben, daß die Bismutnebenerscheinungen leichter als die des Hg sind. Zu intravenösen Injektionen hat er sich bisher nicht entschließen können; er gibt das Mittel nur intramuskulär. E. Langer-Berlin.

Behandlung der Lues mit Trepol, von Em. Lehner und E. Radnai-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 38.) Mit dem Pariser Präparat 10%iger Ölsuspension von Kalium-Natrium-Bismut-Tartrat hatten die Verff. 13 Fälle behandelt. Jeden zweiten Tag eine Injektion von 2 ccm. Primärulkus fing in 48 Stunden zu epithelisieren an, nach 2—3 Injektionen Heilung. Nach 4—5 Injektionen wird das Infiltrat resorbiert, und um diese Zeit pflegen die Sekundärerscheinungen auch zu verschwinden unter Hinterlassung einer Pigmentation. M. Porosz-Budapest.

Die Behandlung der Syphilis mit Trepol, von Rudolf Rosner-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 47, S. 919.) Verf. versuchte in 41 Fällen verschiedener Lues-Stadien die Wismutbehandlung. Es beseitigt rasch die klinischen, dagegen nicht so schnell die serologischen Erscheinungen. Es dürfte vielleicht dem Quecksilber überlegen sein, jedoch ist vorläufig noch kein sicheres Urteil über die Wirksamkeit und vor allem über den Dauererfolg anzugeben, immerhin haben wir damit ein gutes Mittel mehr. Im allgemeinen findet sich gute Verträglichkeit des Mittels, ab und zu starke Schmerzen an der Injektionsstelle. Trotzdem ist sehr aufmerksam auf toxische Erscheinungen und Nebenwirkungen, die denen des Quecksilbers ähnlich sind, zu achten, da toxische und heilende Dose sehr nahe beieinander stehen. E. Langer-Berlin.

Wismut bei Syphilis (Le bismuth dans la syphilis), von C. Levaditi. (Presse méd., 1922, Nr. 59, S. 633.) Sammelreferat über die bisherigen Erfahrungen mit Wismutbehandlung der Syphilis. Hervorgehoben sei Folgendes: 1. Fast durchgehend sehr günstige Beeinflussung von Haut- und Schleimhauterscheinungen. Rezidive wurden bisher nach Bi-Behandlung nicht beobachtet. Arsen und quecksilberresistente Herde verschwanden oder wurden gebessert auf Bi. 2. Reaktion: Anschwellen der regionären Drüsen bei Primäraffekten. Herxheimersche Reaktion bei sekundärem Exanthem mit Kopfschmerzen und leichter Temperaturerhöhung (Truffi). 3. Nervensystem: Günstige Resultate bei einzelnen Fällen von luetischer Meningitis und kongenital-luetischer Epilepsie. Bei Parasyphilis bisher wirkungslos, außer Besserung einiger Fälle von gastrischen Krisen. 4. Wassermannsche Reaktion: Seronegative Primäraffekte bleiben lange Zeit negativ (beobachtet bis zu 11 Monaten). Lues II wird am Ende oder einige Zeit nach der ersten Kur seronegativ in 90,5% der Fälle. Die ne-

Digitized by Google

gative Reaktion scheint im allgemeinen ziemlich beständig zu sein. 5. Verteilung im Organismus: Leber, Milz, Nieren, Gehirn, Speicheldrüsen. Auch im Liquor cerebrospinalis konnte es bei einem Fall von spezifischer Meningitis nachgewiesen werden. 6. Ausscheidung: Durch den Urin, Speichel, Darmsaft, die Galle und den Schweiß. Die Ausscheidung mit dem Urin beginnt 18—20 Stunden nach der Injektion und hält sehr lange an, bis zu 25 Tagen nach Aufhören der Behandlung. 7. Komplikationen: Nach den ersten Injektionen werden mitunter leichte Temperaturerhöhungen sowie ein gewisses Schwächegefühl beobachtet. Wismutsaum findet sich bei 70% der Behandelten; bei 20% geringe Gingivitis; ausgebreitete starke Zahnfleischentzündung bei 5%. Maßgebend ist auch hier wie beim Hg der Zustand der Zähne vor der Behandlung. Teilweise wurden stärkere Nierenstörungen mit beträchtlicher Albuminurie gesehen. Eine genaue Überwachung der Nieren während der Kur erscheint notwendig. 8. Auch als Präventivmittel scheint sich Bi bei lokaler Anwendung zu eignen.

S. Bommer-Heidelberg.

Die Wismutsalze in der Behandlung der Syphilis. Die Wismutstomatitis (Les sels de bismuth dans le traitement de la syphilis. La stomatite bismuthique), von René Giroux und Louis Deglaude. (Gaz. des Hôp., 1922, Nr. 61.) Nachdem nunmehr an der Wirksamkeit der Wismutbehandlung nicht mehr zu zweifeln ist, versuchen die Verff. einen Überblick über die Entwicklung der neuen Methode und die bisher mit den bereits zahlreichen Präparaten und Anwendungsweisen gewonnenen Erfahrungen zu geben. Untersuchungen über die Ausscheidung des Wismuts ergaben die bemerkenswerte Tatsache seiner Anwesenheit im Liquor, wodurch im Gegensatz zum Arsen eine bessere Einwirkung auf die Nervensyphilis zu erwarten ist. Die Elimination des Wismuts erfolgt sehr langsam, dadurch wirkt es günstiger auf die Spirochäten ein. Seronegative Primärfälle blieben dauernd negativ, seropositive Primär- und Sekundärfälle wurden gewöhnlich erst nach wiederholten Behandlungsserien negativ. Im Liquor wurde die Lymphozytose schneller beeinflußt als die WR. Vorteilhaft ist, daß die therapeutischen Dosen weit unter den toxischen liegen, so daß allgemeine Intoxikationen nicht zu befürchten sind. An den Nieren zeigt sich geringe Albuminurie. Die örtlichen Schmerzen kommen bei den neueren Präparaten kaum in Betracht. Von Wichtigkeit ist die eingehend besprochene Stomatitis, die, abgesehen von der Dosis, im wesentlichen von dem vorhergehenden Zustand der Zähne abhängig ist. Ziemlich allgemein tritt bei der Behandlung der graue Wismutsaum auf, seltener Pigmentierungen an den verschiedensten Stellen der Mundschleimhaut, noch seltener stärkere Stomatitis, die aber auch bei Aussetzen der Behandlung schnell zurückgeht. Von den näher besprochenen Präparaten erscheint zur Zeit als bestes das Jod-Wismut-Chinin; auch mit anderen Alkaloiden sind Verbindungen versucht worden, z. B. mit Morphin, besonders indiziert bei tabischen Krisen. Für die Behandlung wird eine mehrmalige Wiederholung der Einspritzungsserien mit Pausen von zuerst 1, dann 2—4 Monaten empfohlen, bis die WR mehrmals negativ war. Die Wirkung ist in allen Stadien der Syphilis eine prompte und im allgemeinen der des Salvarsans nahestehend. Salben mit Wismuttartrat bei experimentell infizierten Kaninchen nach 1—4 Stunden eingerieben, verhinderten den Ausbruch der Krankheit, ebenso wirkten 5—6 prophylaktische Injektionen im Inkubationsstadium bei gesunden Kaninchen, die mit kranken gepaart waren, auch wenn durch erfolgte Schwängerung der Beweis des Verkehrs gegeben war. Hervorgehoben wird noch der Wert des Mittels bei As- und Hg-Resistenz.

E. Levin-Berlin.

Ulcus molle, Granuloma venereum usw.

Venerisches Granulom (Ulcerating Granuloma [Granuloma inguinale]), von Herman Goodman-New York. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 10, S. 815—819.) Verf. berichtet über Fälle von Granulom (dazu 5 Abbildungen), die er sowohl auf den westindischen Inseln und in Panama wie auch in New York studieren konnte. Bemerkenswerte Unterschiede zwischen den tropischen Fällen und den New Yorker hat er nicht feststellen können. Histologisch und bakteriologisch nichts Neues. Die Differentialdiagnose hat zu berücksichtigen Rhinosklerom, Leishmaniasis, Syphilis und Geschwülste. In der Behandlung des Granulom hat sich der Brechweinstein in einer Lösung von 1:100 bewährt.

F. Quasig-Hamburg.

Digitized by Google

Blennorrhoe.

a. Ätiologie.

Versuch einer Differenzierung der Gonokokkusarten (Attempt at a Differentiation of Gonococcus Types), von Oluf Thomsen und Erik Vollmond, Staatl. Seruminst. Kopenhagen. (Acta med. scand., Bd. 57, H. 1, S. 77—94.) Verff. unterzogen 26 Gonokokkenstämme, die in Reinkultur aus frischen Fällen von Urethritis bei Männern gezüchtet waren, der Agglutinations- resp. Komplementfixationsprobe mit spezifischen Seris und es erwies sich, daß eine sichere Differenzierung hiermit nicht möglich war. Wendet man aber eine Absorptionsprobe mit dem zweifelhaften Stamm an und läßt dann Agglutination und Komplementfixation im Serum mit seinen homologen Stämmen nachfolgen, so konnte eine Klassifizierung in 3 Typen erfolgen, deren einzelne Merkmale in bezug auf Aussehen (der Reinkulturen), der hämolytischen Eigenschaften, der Antikörper usw. näher beschrieben werden. Die Komplementfixationsprobe ist der Agglutination vorzuziehen, indem ihre Resultate klarer, leichter zu schätzen und abzulesen sind. Was nun die praktisch wichtigste Frage betrifft, ob irgend ein Zusammenhang zwischen der Infektion durch Gonokokken des einen oder anderen Typus und dem Verlaufe der Krankheit betrifft, so waren zwar von einer Gruppe die Fälle alle mild und unkompliziert, von einer anderen teilweise mit schwereren Komplikationen behaftet, aber es sind die Fälle noch zu wenig zahlreich, um daraus bindende Schlüsse ziehen zu können. M. Stern-München.

Kulturelle Methoden bei chronischer Gonorrhoe des Weibes (Cultural Methods in Chronic Gonorrhea in Women). (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 12, S. 971—972.) Es wird darauf hingewiesen und durch zahlenmäßige Beispiele erläutert, daß die bisherigen Methoden, wie Ausstrichpräparat, Kulturen, Komplementbindungsreaktion, sowie klinische Beobachtung nicht immer genügen, um mit verläßlicher Sicherheit die Diagnose auf chronische Blennorrhoe zu stellen, da nicht immer die Isolierung der Gonokokken gelingt. F. Quasig-Hamburg.

b. Pathologie und Klinik.

Die Keratosis blennorrhoica (La kératose blennorragique), von Pierre Blamoutier. (Gaz. des Hôp., 1922, Nr. 12.) Vorkommen bei allgemeiner Gonokokkeninfektion im Anschluß an Mazerationen der Haut, besonders bei Individuen mit subakuten nicht ankylosierenden Arthritiden; Nerveneinflüsse spielen bei der Entstehung mit. Für die Behandlung kommen neben der Behandlung des Trippers und örtlichen Maßnahmen Hetero- und Autovakzinen und intravenöse Elektrargolinjektionen in Betracht.
E. Levin-Berlin.

Pyonephrosis pseudogonorrhoica, von E. Boross und L. Mátéfy-Budapest. (Orv. Hetilap, 1922, Nr. 21.) (Krankenvorstellung im Budapester Ärzteverein.) Ein 27jähr. Kaufmann leidet seit 2 Jahren von Zeit zu Zeit an wiederkehrender Pyurie, mit Harndrang und Brennen in der Harnröhre, sowie Meatusverklebung. Intrazelluläre Diplokokken (Gram negativ) schienen die Diagnose der Blennorrhoe zu bestätigen. Pat. hatte angeblich nie eine Blennorrhoe gehabt, und seine Frau sei auch gesund. Bei genauerer Untersuchung fanden die Verff. in der rechten Seite der Bauchhöhle einen diese ganz ausfüllenden großen Tumor. Bei der Operation erwies sich dieser als eine multilokulare vergrößerte Niere, welche mit Eiter gefüllt war. Eine Periureteritis hat das Lumen des Ureters stark verkleinert, so daß die eitrige Flüssigkeit nur von Zeit zu Zeit durchdringen konnte. M. Porosz-Budapest.

Rektalbefunde bei kindlicher Gonorrhoe, von Lauter-Buch. (D. m. W., 1922, Nr. 38, S. 1285—1286.) Verf. weist auf die häufige Mitbeteiligung des Rektums bei kindlicher Blennorrhoe hin. Da die bisher geübte Diagnosenstellung der Rektalblennorrhoe von Zufälligkeiten abhängig ist, wird empfohlen, eine Rektalspiegelung vorzunehmen. Die gesunde Rektalschleimhaut sieht blaß und klar aus, die gonorrhoisch affizierte dagegen ist gerötet, leicht blutend und weist eitrige Beläge auf. Ein blennorrhoekrankes Kind wird erst dann für gesund erklärt werden können, wenn neben den bisherigen Kriterien auch die wiederholte Rektalspiegelung einen normalen Schleimhautbefund ergibt. F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

e. Therapie.

Massenbehandlung der Tripperkranken im Kriegsspital, von M. Porosz-Budapest. (Kriegsvenerologie. Gyógyászat, 1915, Nr. 35.) Im Kriege wurden die tripperkranken Soldaten ohne Rücksicht auf das endgültige Verschwinden der Gonokokken nur bis zur Diensttauglichkeit behandelt. Die Behandlung bestand aus Einspritzungen 2mal tägl. $^1/_2$—1—2%iger Acidum-Nitricumlösung. 5 ccm Rekord mit Oliven armiert, und nach jeder Einspritzung gewechselt. War die zweite Urinportion trübe, so bekamen die Kranken tiefe Injektionen mit Guyonkatheter. Nach Beruhigung der akuten posterioren Symptome wurden $^1/_2$—1- eventuell 2%ige tiefe Einspritzungen angewendet. Statt Balsamika wurden Salol (0,50) und Natr. salicyl. (0,50) gebraucht. Die Dauer des Spitalaufenthaltes waren 30—31 Tage. Zur Behandlung der Strikturen gebrauchten wir nicht die üblichen Sondenkuren, sondern den Dauerkatheter von halbsteifen Seiden. Der stärkste Katheter, den die Urethra ertrug, wurde eingeführt und nach 24 Stunden konnte man mit 2—3 Nummern weiterschreiten. So war es möglich, in 4—5 Tagen ohne Blutung die Striktur zum Verschwinden zu bringen. Dieses Vorgehen kann leider nur bei Bettlägerigen ausgeführt werden. Autoreferat.

Die Behandlung der akuten Gonorrhoe mit intravenösen Traubenzuckerinjektionen, von W. Scholtz und Richter-Königsberg. (Kl. W., 1922, Nr. 36, S. 1791.) Verff. hatten bei Luetikern die Beobachtung gemacht, daß intravenöse Traubenzuckerinjektionen einmal einen starken Vermehrungsreiz auf die Spirochäten ausübten und zum anderen ermöglichten, daß danach gegebene selbst kleinere Salvarsandosen die Spirochäten rascher abtöteten. Ähnliche Versuche wurden bei Blennorrhoe vorgenommen. Auch hier fand sich 1. nach der ersten Injektion eine Vermehrung der Gonokokken im Ausfluß und 2. eine Beschleunigung in der Abheilung der Erkrankung. Unkomplizierte Blennorrhoen sollen in der halben Zeit geheilt sein, während sich Komplikationen, insbesondere Prostatitis, nicht so leicht beeinflussen ließen. Es wurden die intravenösen Injektionen bei einer jedesmaligen Menge von 30—36 ccm der 50%igen Lösung in der ersten Wochen 2tägig, dann 3tägig gegeben. Da die Behandlung sich auf etwa zwei Wochen abkürzte, wurden nur etwa 6 Injektionen vorgenommen. Neben der Traubenzuckertherapie wurde täglich 5mal mit Protargollösung — $^1/_2$—3% steigend — gespritzt. 4—15 Min. mußte die Lösung in der Urethra bleiben. Gleichartige Erscheinungen und Erfolge wurden mit täglichen intravenösen Arthigoninjektionen erreicht. Arthigon wurde in Dosen von 0,1 ccm gegeben. Auch hier mußte die Spülbehandlung nebenhergehen, da die Arthigon- resp. Traubenzuckertherapie die Gonokokken nur leichter angreifbar machen soll. E. Langer-Berlin.

Über einen therapeutischen Versuch bei frischer Gonorrhoe der männlichen Harnröhre, von K. Schreiber-Dresden. (D. m. W., 1922, Nr. 39, S. 1313—1314.) 15 Tage nach dem Verkehr traten die ersten Erscheinungen einer akuten Blennorrhoe auf. In der Zwischenzeit erkrankte der Pat. an Mandelabszeß mit hohem Fieber. Nach dem Aufhören des Fiebers stellte sich Ausfluß ein. Pat. erhielt darauf eine Injektion von 10 ccm Milch. 48 Stunden später hörte der Ausfluß auf. Gonokokken konnten auch nach Provokation nicht mehr nachgewiesen werden.
F. Harry-Berlin.

Über den Wert der inneren Behandlung der Gonorrhoe, von W. Scholtz-Königsberg. (D. m. W., 1922, Nr. 43, S. 1443—1444.) Der Wert der bekannten per os gegebenen Antiblennorrhoika ist nur ganz gering. Eine desinfizierende Wirkung auf Gonokokken besitzen sie nicht. In akuten Fällen können sie durch ihre adstringierenden und epithelschrumpfenden Eigenschaften der Ausbreitung des Krankheitsprozesses entgegenwirken und durch ihren anästhesierenden Einfluß die Injektionstherapie erleichtern. Bei Blennorrhoea posterior wird die Ausheilung durch innerliche Mittel begünstigt. Verf. empfiehlt die Anwendung von Atropinzäpfchen bei akuter Gonorrhoe, um der Entstehung einer Epididymitis durch Verhinderung des Auftretens antiperistaltischer Bewegungen im Vas deferens entgegenzuwirken. F. Harry-Berlin.

Zur innerlichen Behandlung des akuten Harnröhrentrippers mit Terogon, von Lipschitz-Charlottenburg. (D. m. W., 1922, Nr. 38, S. 1286—1287.) Empfehlung eines internen Antigonorrhoikums, das aus Extraktum Pichi-Pichi, Extraktum Kawa-Kawa, Lezithin und Kamillenöl besteht. F. Harry-Berlin.

Heilversuche bei Gonorrhoe mit Frischvakzine und Injektion lebender Gonokokken beim Menschen, von Alfred Loeser-Berlin. (Zbl. f. Gynäk., 1922,

Digitized by Google

Nr. 46, S. 1825.) Wie Buschke, hat Verf. Versuche mit Frischvakzine angestellt und ebenfalls nach 1—3 Injektionen schon völlige Heilung gefunden. Bei intravenöser Einverleibung großer Dosen kann es zu einer Aufpeitschung der latenten Keime einer chronischen Blennorrhoe, z. B. bei der Zervixblennorrhoe der Frau, kommen. Besonders günstige Resultate erzielte Verf., wenn er durch Hitze etwas abgeschwächte, aber nicht abgetötete Gonokokken subkutan injizierte. Er nahm hierzu eine acht Tage alte Agarkultur, die über der Flamme erwärmt und dadurch abgeschwächt worden war. Es bildete sich eine Pustel, die nach 14 Tagen verschwunden war. Verf. hat eine Serie von 45 Pat. aufgestellt, von denen die 15 mit Zervikalgonokokken Behandelten in 60% der Fälle dauernd geheilt waren; von den 30 anderen wurden nur acht genügend lange nachuntersucht. Von diesen waren fünf völlig geheilt. Von den nicht genügend lange Beobachteten waren 13, bei denen sich alle gonorrhoischen Erscheinungen innerhalb der drei Wochen verloren hatten, die sie beobachtet hatten.

A. Rosenburg-Berlin.

Über die Behandlung gonorrhoischer Nebenhodenentzündungen mit intravenösen Kalziuminjektionen, von Ernst Radnai-Budapest. (W. kl. W., 1922, Nr. 46, S. 902.) Anführung von zwei (!) Krankengeschichten, in denen Verf. mit intravenösen Kalziuminjektionen Besserung erzielt haben will.

E. Langer-Berlin.

Röntgenbehandlung der Gonorrhoea latens, von M. Deutsch-Szeged. (Gyógyászat, 1922, Nr. 28.) In 17 Fällen, wo der Urin Fäden enthielt, hatte er in drei Tagen seröses, bald eitriges Sekret (eventuell mit Gonokokken) zu sehen bekommen. Nach Dauer von 5—6 Tagen (ohne Gonokokken) stellte sich der Ausfluß ein. Die entzündlichen Herde reagieren auf Röntgenstrahlen. Die gesunde Schleimhaut bleibt unbeeinflußt. Das Ausbleiben des Flusses deutet Verf. für das Fehlen entzündlicher Vorgänge. Er gibt $^1/_6$—$^1/_5$ Teil der Erythemdose auf die Skrotalfläche des auf den Bauch aufgeschlagenen Penis.

M. Porosz-Budapest.

Über ambulante Behandlung der Gonorrhoe des Weibes, von N. Cassel und L. Lilienthal-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 26, S. 831.) Bei 232 Frauen in 61% Heilung. Verff. behandelten gleichzeitig Urethra und Zervix in der bekannten Weise. Bewährt haben sich ihnen die Delegonstäbchen (10% Protargol) von der Firma Bayer, welche die Pat. sehr bald in die Urethra einzuführen lernten.

G. Heymann-Elbing.

Die intraskrotale Kochsalzinjektion von Epididymitis gonorrhoica, von W. Richter-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 39, S. 1313.) Gute Erfolge bei Epididymitis mit intraskrotalen Kochsalzinjektionen. Von Wichtigkeit ist, die Lösung in den Intraskrotalraum, der von dem viszeralen und parietalen Blatt der Tunica vaginalis propria gebildet wird, zu injizieren. Nähere Angabe der Technik.

F. Harry-Berlin.

Saugglockenbehandlung bei chronischer Gonorrhoe des Weibes, von Matzenauer und Hans Weitgasser-Graz. (W. kl. W., 1922, Nr. 48, S. 937.) Mit dieser Behandlungsmethode haben Verff. bei chronischer Blennorrhoe rasche und gute Erfolge erzielt, dagegen ist kontraindiziert eine Saugglockenbehandlung bei akuter Blennorrhoe. Ein Aszendieren ist nie beobachtet worden. Nach der Saugbehandlung jedesmalige Trockenbehandlung der Vagina mit Cholevalbolus, Vulnodermal usw. Zweck der Behandlung ist 1. Hervorrufen einer venösen Stauung und damit Anregung der Resorption von Infiltraten, Durchtränkung des Gewebes mit bakterizidem Serum, Abtransport pathologischer Stoffwechselprodukte, 2. mechanische Eiter- und Sekretentleerung aus Zervix und Uterus und 3. mechanische Dehnung des parametranen Gewebes und somit gewissermaßen Massage desselben.

E. Langer-Berlin.

Über einige neuere Behandlungsmethoden des Tripperrheumatismus (De quelques traitements récents du rhumatisme blennorragique), von Pierre Moulonguet. (Gaz. des hôp., 1922, Nr. 70.) Besonders hervorgehoben werden: Arthrotomie mit frühzeitiger Mobilisation, deren Resultate jedoch sehr unsicher sind; spezifische Behandlung, und zwar Vakzinetherapie mit unsicherer Wirkung, oft schweren Allgemeinerscheinungen; allgemeine Serotherapie, die keine Resultate ergeben hat; lokale intraartikuläre Serotherapie, mit guten Erfolgen besonders bei den ankylosierenden monoartikulären Formen, wo andere Behandlungen versagen.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines, Anatomie.

Diagnose und Behandlung der Blutungen aus dem Harnapparat, von L. Casper. (D. m. W., 1922, Nr. 44, S. 1480—1481.) Fortbildungsvortrag.
F. Harry-Berlin.

Oedema congenitum bei Urogenitalmißbildung, von A. Adam, Kinderkl. Heidelberg. (Arch. f. Kindhlk., Bd. 72, H. 1, S. 18—22.) Angeborenes Ödem gehört an sich zu den kasuistischen Seltenheiten; im vorliegenden Falle handelt es sich um eine männliche Frühgeburt im achten Fötalmonat mit einem angeborenen Ödem der ganzen unteren Körperhälfte, das sich schließlich bis zu dem am neunten Tage erfolgenden Tode bis zur Nabelhöhe erstreckt hat. Der Fall glich klinisch am meisten einem Oedema chronicum congenitum und konnte pathologisch-anatomisch aufgeklärt werden. Narbige Striktur der Pars prostatica und membranacea der Urethra bei mangelnder Ausbildung der Prostata und Samenblase, Dilatation der Blase und Ureteren, Hydronephrose links, Pyelonephritis rechts, faustgroße Zyste der rechten Nierenkapsel, die eine Kompression der Vena cava inferior veranlaßt hat, Ödem der unteren Körperhälfte, Verwachsung der Unterseite des Penis mit der Skrotalhaut. Angeborene Leistenhernie beiderseits. Übrige Organe ohne Befund. Die schon bei Lebzeiten des Kindes gehegte Vermutung, daß eine Anomalie im Versorgungsgebiete der Vena cava inferior vorlag, fand sich durch die Sektion bestätigt: angeborene Striktur im Bereiche der Pars prostatica und membranacea der Harnröhre, diese hat zu starker Blasen-, Ureteren- und rechtseitiger Nierenbeckenektasie geführt, und diese zusammen mit der Nierenzyste die Kompression auf die untere Hohlvene ausgeübt. M. Stern-München.

Schmerzen bei Erkrankungen des Genital- und Harnsystems. Ihre Verschiedenheiten und Deutung (Pain in Genito-Urinary Affections. Its Variations and Interpretation), von W. K. Irwin. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3219, S. 457—458.) Die Beschwerden bei akuter Urethritis, Prostatitis, Spermatozystitis äußern sich in Schmerzen am Damm, bei der Defäkation, bisweilen auch im Kreuzbein, Hoden und Hüftgelenk. Bei Prostatakarzinom tritt ein von der Miktion unabhängiger, ständiger, starker, lokaler Schmerz auf, der in die suprapubische Gegend, Urethra, Damm usw., verlegt werden kann und manchmal eine Ischias vortäuscht. E. Sklarz-Berlin.

Eine Untersuchung der Geschlechtsdrüsen von 30 neugeborenen Ziegen. Ein Fall von wahrem unilateralem Hermaphroditismus, von E. Krediet. (Anat. Anz., Bd. 55, Nr. 20/21.) Die genaue Untersuchung der Geschlechtsdrüsen bei 30 neugeborenen Ziegen hat ergeben, daß 4 Tiere gekennzeichnet sind durch Ovarien mit wenig Eizellen. Verf. glaubt, daß die Ovarien nicht in der Entwicklung zurückgeblieben sind, sondern daß sie entweder vom Ursprung an arm gewesen sind an Eizellen, oder daß sie die anwesenden Eizellen bereits in den ersten Lebensperioden verbraucht haben. Hieraus ist auch die bei Ziegen so häufig vorkommende Sterilität oder herabgesetzte Fruchtbarkeit zu erklären. Eine Ziege zeigt außerdem das Bild eines unilateralen wahren Hermaphroditismus, wobei der männliche Charakter in den Geschlechtsdrüsen vorherrschend ist. Der weibliche Charakter ist wenig entwickelt (Eierstock in der Kapsel des Hodens, wobei sogar diese ihren Charakter als Kapsel behalten hat) und in Regression. (Degenerationserscheinungen der Eizellen.) G. Assmann-Kiel.

Das Cholesteatom der Harnwege, von W. J. Klug, Chir. Univ.-Klin. Heidelberg. (Bruns Beitr., Bd. 127, H. 1, S. 123—132.) Über das Wesen und die Genese herrscht keine Einigkeit. Sicher ist die Entstehung auf dem Boden der Epidermisierung. Woher letztere kommt, kann nicht mit Bestimmtheit angegeben werden. Es ist auffallend, daß die Cholesteatome gerade in den Gewebs- und Organabkömmlingen des Mesoderms, oder da, wo eine enge Verbindung zwischen Meso- und Ektoderm besteht, vorkommen, welche Vorgänge sich dabei abspielen, kann nicht angegeben werden. Man muß sie als Miß- oder Fehlbildungen ansehen. Es werden zwei Fälle angeführt.
W. Chrzelitzer-Waldenburg (Schles.).

Urologische Chirurgie bei Kindern (Urologic Surgery in Pediatrics), von Herman L. Kretschmer-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 4, S. 286—291.) Die diagnostischen wie therapeutischen Probleme bei Erwachsenen und bei Kindern sind identisch. Für letztere können dieselben Methoden angewandt werden, sofern nur das Instrumentarium den jugendlichen Organen angepaßt wird.
F. Quasig-Hamburg.

Digitized by Google

b. Penis, Urethra, Blase.

Zirkumzision unter Lokalanästhesie, von RICHARD ROPER. (The Lancet, Nr. 5163.) Verf. legt zunächst ein etwa 1 cm. breites Gummiband am proximalen Ende des Penis an, das mit einer Arterienklammer festgelegt wird. Es entsteht so eine die Anästhesie begünstigende Blutüberfüllung und das Novokain wird zurückgehalten. Etwas distal von dem angelegten Gummiband wird die Penishaut ringförmig subkutan mit einer 1%igen Novokainlösung umspritzt. In derselben Höhe wird alsdann von vier verschiedenen Punkten aus je 1 ccm einer 2%igen Novokainlösung tief in die Corpora cavernosa hinein injiziert. Zum Schluß wird noch die Haut intradermal mit einer 1%igen Novokainlösung injiziert in der Linie, in der die Zirkumzision vorgesehen ist. Verf. sah bei 400 auf diese Weise operierten Fällen keine Zwischenfälle und Komplikationen irgend welcher Art. Besonderen Wert legt er auf eine exakte Gefäßversorgung.
R. Erichson-Kiel.

Pseudofrenulum praeputii, von M. POROSZ-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 29.) Wie das Frenulum, so befestigt auch dieses das Präputium an die Glans. Es bildet eine zumeist freie Brücke über den Sulkus, unter der eine Sonde durchführbar ist. Dieser Raum ist mit Smegma ausgefüllt und bildet einen ruhigen Schlupfwinkel der Bakterien und Spirochäten, denn er läßt sich schwer reinigen und sauber halten. Der leicht möglichen Infektion wegen, ist eine Entfernung mittels Thermokauter ratsam.
Autoreferat.

Operation der Hypospadie, von A. FISCHER-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 15.) Verf. schlägt bei Hypospadie vor, das Skrotum nach Wundanlegungen an der hypospadierten Stelle der Pendula entsprechend, wo sie anliegt anzunähen. Nach Abheilen der Wunden (in 6—7 Tagen) ist die neue Harnröhre fertig. Bis dahin wird der Urin durch eine angelegte Dammfistel entfernt. Jetzt wird die Pendula freigemacht, und die Hautwunden zusammengenäht. M. Porosz-Budapest.

Über Spontangangrän von Skrotum und Penis, von ALFRED SALINGER-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 44, S. 2190.) Ein Fall von echter FOURNIERscher Gangrän, d. h. Gangrän von Penis und Hodensack. Erreger unbekannt. Prognose im allgemeinen günstig. Therapie: Bäder, Puder, eventuell Inzision von Verhaltungen. In der Abheilung unter Umständen plastische Operation. E. Langer-Berlin.

Entfernung des abgebrochenen, z. T. in der Blase steckenden Katheters aus der Harnröhre durch Ausmelken, von F. FRANKE-Braunschweig. (D. m. W., 1922, Nr. 39, S. 1312—1313.) Verf. empfiehlt, in entsprechenden Fällen den abgebrochenen Katheter durch Ausmelken zu entfernen. F. Harry-Berlin.

Eine neue Methode der operativen Behandlung der angeborenen Harnblasenspalte, von RICHARD DRACHTER-München. (Arch. f. klin. Chir., 1922, Bd. 120, S. 291.) Zur Ausführung einer operativen Beseitigung der Harnblasenspalte stellt Verf. zunächst drei Postulate auf: 1. Ableitung des Harns von der Uretermündung in ein Reservoir, 2. Art des Materials der neu geschaffenen Blase und 3. kontinentes oder nicht kontinentes Reservoir. Nach kurzer kritischer Besprechung der hauptsächlichsten Methoden gibt Verf. eine neue an, durch die er eine kontinente, mit Schleimhaut ausgekleidete Blase nicht aus dem Darmtraktus, sondern aus dem einen Ureterende bildet. Als Muskelschluß wird der Sphinkter ani benutzt, durch den neben dem Mastdarm das distal von der neuen Blase liegende, übrig gelassene Ureterende durchgeführt wird.
E. Langer-Berlin.

Beiträge zur experimentellen Pharmakologie des männlichen Genitale. 6. Mitteilung. Über Innervation und pharmakologische Beeinflussung der urethralen Drüsen, von A. PERUTZ-Wien. (Kl. W., 1922, Nr. 48, S. 2381.) Die urethralen Drüsen haben echte Drüsentätigkeit, ihre Innervation ist eine doppelte, jedoch besteht zwischen beiden kein Antagonismus. Verf. nimmt als möglich an, daß das Zentrum für die Drüsensekretion in der Nähe des Erektionszentrums liegt, da es bei Erregung des Letzteren ebenfalls in Funktion tritt. Die Sekretion der Urethraldrüsen kann angeregt werden durch endourethrale Injektion von Pilokarpin (0.005) und Adrenalin (1/4 ccm von 1:1000 auf 20 ccm Wasser). Die durch Pilokarpin veranlaßte Sekretion läßt sich durch Atropin (0,005 auf 400 Wasser) hemmen, dagegen kann Atropin die Adrenalinwirkung, die an und für sich schwächer ist als die des Pilokarpins, nicht aufheben. Versuche, das Pilokarpin zu Provokationszwecken zu benutzen, hatten ein positives Ergebnis und können empfohlen werden. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Ein Fall von zufälligem Verschluß der männlichen Harnröhre (Report of a Case of Accidental Occlusion of the Male Urethra), von WILLIAM BISHER-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 9.) Bei einem Knaben von fünf Monaten fand sich als Ursache einer Harnverhaltung ein die Korona einschnürender dünner Faden, der ein starkes Ödem der Glans bewirkt hatte. Anscheinend hatte das Kind selbst den Faden zufällig um die Korona geschlungen. E. Levin-Berlin.

Ein Holzstück und ein Stein in der Blase, von E. SZILI-Budapest. (Orv. Hetilap, 1922, Nr. 21.) (Krankenvorstellung in dem Budapester Ärzteverein.) Eine 45jähr. Frau leidet seit sechs Monaten 20—30mal täglich an heftigen Harndrang. Der Urin (minimal) ist blutig eitrig. Blase sehr oft im Krampfzustande. Nach Vorbehandlung wurde zystoskopisch ein Stein gefunden. Cystotomia alta, durch die kleine Öffnung Stein entfernt. Nach einer bedeutenden Besserung nochmals Zystoskopie. Es wurde am Blasengrund, tief in einem Geschwür, ein kleiner Stein und ein 9 cm langes und $2^1/_2$ mm dickes Holzstück gefunden und herausgezogen. M. Porosz-Budapest.

Ein Fall von Purpura vesicae haemorrhagica, von S. FARAGÓ-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 45.) Ein 25jähr. Mann, der vor drei Jahren in russischer Gefangenschaft einen Skorbut überstanden hatte, entleert seit fünf Wochen Blutharn. Der Harndrang war etwas vermehrt, nur mit etwas Brennen verbunden. Ohne irgend welche Symptome waren einige Petechien auf dem Gaumen zu sehen. Der zystoskopische Befund zeigte, ohne Zystitis, auf dem Boden der Blase einige mohn- bis bohnengroße Flecken von Hämorrhagien. Nach 30tägiger Bettruhe war alles in Ordnung. M. Porosz-Budapest.

Beiträge zur Purpura vesicae, von INNOCENT SZABÓ, Chir. Univ.-Kl. Budapest. (BRUNS Beitr., Bd. 127, H. 1, S. 116—122.) Besonders im Frühling und Herbst, also zur Zeit der Erkältungen, treten mit häufigen Fieberanfällen, Urinieren und Strangurie leichte Blutungen in der Blase auf, mit hohem Eiweißgehalt. Auf der Blasenschleimhaut kreis- und sternförmig hämorrhagische Flecken, die verschiedene Entwicklungsstadien durchmachen und schließlich zu ausgesprochenen Geschwüren werden, welche durch eine graugelbe, von hämorrhagischem Hofe umgebene Schicht bedeckt sind. (Ulcus simplex.) Verf. sucht den Grund der Entstehung dieser Geschwüre in der verdauenden Wirkung des Harns, und zwar in der Verdauung durch das Pepsin, welches die Niere aus dem Blute absondert und das in ihrer Vitalität geschwächte Teile der Blase angreift. Die Krankheit tritt plötzlich auf. Therapie: Natriumbikarbonat und reichlich Gemüse. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht die hämorrhagische Zystitis, Tuberkulose, Leucoplacia vesicae, Karzinom u. dgl. W. Chrzelitzer-Waldenburg (Schles.).

Das kavernöse Angiom der Blase, von A. HÜBNER, Chir. Univ.-Kl. Hildebrand Berlin. (Arch. f. klin. Chir., 1922, Bd. 120, H. 3, S. 575.) Genaue Aufführung der bisherigen Literatur. Besprechung der Pathologie und Klinik. Das Blasenangiom ist zu den kongenitalen Mißbildungen zu rechnen, zumal es meist mit anderen kongenitalen Mißbildungen gemeinsam vorkommt und multipel in Erscheinung tritt. Klinisch ist am bemerkenswertesten die Hämaturie. Diagnose nur zystoskopisch zu stellen. Für die Therapie kommt nur Thermokoagulation oder chirurgisches Vorgehen in Frage. E. Langer-Berlin.

Die Blasensteine nach der Prostatektomie (Les calculs de la vessie après la prostatectomie), von LEGUEU. (Progr. méd., 1922, Nr. 39.) Werden nach einer Prostatektomie Steine in der Blase gefunden, so können diese schon vorher darin gewesen, aber bei der Operation übersehen worden sein. Sie können aber auch nachträglich gebildet worden sein, und zwar unabhängig von der Operation aus der Niere herabgestiegen oder als direkte Folge der Operation in der Blase gebildet auf der Grundlage von zurückgebliebenen Fremdkörpern (Fäden, Tampons), Blutgerinnseln, Zystitis. E. Levin-Berlin.

Blasenentzündung durch Paraffinklumpen, von GEYER-Zwickau. (D. m. W., 1922, Nr. 38, S. 1284.) Pat. hatte sich aus masturbatorischem Grunde ein zurechtgeschnittenes Stück einer Paraffinkerze in die Harnröhre geschoben, das in die Blase glitt. Tags darauf stellten sich bereits Blutungen ein. Im Urin viel Blut, Eiterfetzen, Diplokokken und Streptokokken. Heilung durch Xylolinjektionen und milde Antiseptika. F. Harry-Berlin.

Ein Fall von spontaner Harnblasenruptur geheilt ohne Operation, von N. AARS NOCALAYSEN-Bergen. (Acta Chir. Skandin., 29. IV. 1922.) Verf. berichtet über einen solchen Fall. Die Angehörigen verweigerten die Operation wegen seines desolaten

Digitized by Google

Zustandes. Pat. ist früher an Lues behandelt worden. Es handelt sich um eine Spontanruptur im eigentlichsten Sinne, deren Ursache in Störungen der Blasenfunktion zentralnervösen Ursprungs und luetischer Natur zu suchen ist.

W. Chrzelitzer-Waldenburg (Schles.)

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Diagnose und Behandlung der Hoden- und Nebenhodenaffektionen, von L. Casper. (D. m. W., 1922, Nr. 42, S. 1416—1417.) Kurze Besprechung der Diagnose und Behandlung der Epididymitis, Orchitis, Hydrozele, Tuberkulose und Syphilis der Hoden und Nebenhoden, sowie der Hodengeschwülste. F. Harry-Berlin.

Zur Behandlung der Hydrozele, von F. Franke-Braunschweig. (D. m. W., 1922, Nr. 41, S. 1381.) Nach der Punktion der Hydrozele wird über die Trokarkanüle ein kurzer Gummischlauch gezogen, dann 10—15 ccm 1%iger Novokainlösung injiziert, der Schlauch 5 Min. abgeklemmt, dann die Flüssigkeit abgelassen und 3%ige Formalinlösung eingespritzt, die 5 Min. wirken soll. Injektion von Jodtinktur ist nicht ratsam.

F. Harry-Berlin.

Chronische Hydrozele durch Terpentininjektionen (Klingmüller) geheilt, von M. Deutsch-Szeged. (Gyógyászat, 1922, Nr. 42.) Eine nach einer Operation rezidivierte faustgroße Hydrozele heilte nach drei Injektionen von einer 20%igen Terpentin- und Olivenöllösung in zehn Tagen vollkommen aus. M. Porosz-Budapest.

Der Wert der Salvaneschischen prophylaktischen Methode für Orchitiden bei Mumps (Valeur de la Méthode de Salvaneschi dans la prophylaxie des Orchites ourliennes), von F. Carrien-Montpellier. (Presse méd., 1922, Nr. 27.) Nach Salvaneschi wirkt eine subkutane Injektion von Diphtherieserum sehr erfolgreich zur Verhütung von Orchitis bei Mumps. Dies hat C. allerdings nicht bestätigen können. Sein Material umfaßte 89 Fälle: von diesen Pat. hatten zwei schon eine ausgesprochene Orchitis, als sie aufgenommen wurden. Von den übrigen 87 wurden 30 mit subkutanen Injektionen von 20 ccm Diphterie-Antitoxin, die anderen expektativ behandelt. Von der ersteren (injizierten) Gruppe boten im weiteren Verlauf 6 (20%) eine Orchitis dar, während bei den 57 nicht injizierten nur 10 (17,5%) die Komplikation aufwiesen. Die Schädigung der Hoden beim Mumps, die im allgemeinen nur von vorübergehender Art ist, kann gelegentlich zu dauernder Atrophie führen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das Verhalten des Hodens nach Unterbindung der Vasa spermatica, mit Ausnahme des Ductus deferens und der Art. deferentialis, von E. Gohrbandt. Chir. Univ.-Kl. Hildebrand Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1922, Bd. 120, H. 3, S. 637.) Verf. prüfte am Kaninchen experimentell die Frage des Verhaltens des Hodens nach Unterbindung der Vasa spermatica mit Ausnahme des Duct. def. und der Art. deferent., nachdem der Hoden zunächst durch Operation als kryptorchischer verlagert und zur Einheilung gebracht war. Abhängig ist das Verhalten des kryptorchischen Hodens nach der operativen Verlagerung des Hodens ins Skrotum von der Größe des bei der Tunnelierung entstehenden Hämatoms. Nach der Unterbindung der A. spermatica geht der größte Teil des Hodens durch Nekrose resp. darauf folgende fibröse Umwandlung zu Grunde, und es bleiben nur einzelne Hodenparenchyminseln in der Nähe der auch schwer veränderten Gefäße erhalten. An diesen Hodeninseln konnte Verf. niemals Ausführungsgänge feststellen. Diese Hodeninseln sind wahrscheinlich als Überbleibsel anzusehen, kaum wohl als Wucherungsprozesse. Beim Zusammensetzen der operierten Böcke mit weiblichen Kaninchen konnte festgestellt werden, daß zwar die Libido erhalten ist, daß es aber niemals zu einer Konzeption kam. Wie weit diese Versuche auf den Menschen zu übertragen sind, bleibt dahingestellt. E. Langer-Berlin.

Epididymitis bei Grippe, von Engelen-Düsseldorf. (D. m. W., 1922, Nr. 40, S. 1347.) Es wurden in letzter Zeit mehrere Fälle von Epididymitis nach überstandener Grippe beobachtet. Der subakute Verlauf, die geringe Schmerzhaftigkeit und die starke Schwellung ließen auch an Tuberkulose oder maligne Neubildung denken.

F. Harry-Berlin.

Unterbindung des Vas deferens bei Nebenhodentuberkulose, von H. Unterberg und T. Barsony-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 10.) (Vorläufige Mitteilung.) Wenn die eine Seite der Prostata und Samenblase für gesund gehalten wird, so wird die Unterbindung zur Isolierung von der Prostata geraten. So könnte die Epididymis von der Infektion zurückgehalten werden. Tierexperimente sind im Gange.

M. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Ein Verjüngungsversuch mit Transplantation von Hoden, die einer Leiche entnommen wurden, von Arthur Gregory-Wologda (Rußland). (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 36, S. 1326.) Verf. hat einem 68jähr. Manne Hoden eines an Tuberkulose verstorbenen 20jähr. Mannes unmittelbar nach dem Tode eingepflanzt. Er sah sofort eine erhöhte Arbeitsfreudigkeit. Nach drei Wochen trat die erste Erektion auf und Pat. empfindet, der seit 10 Jahren keinen Koitus mehr vollzogen, einen Geschlechtstrieb, wie mit 40—50 Jahren. Wie lange diese Erfolge andauern, muß erst abgewartet werden. Wichtig aber ist, daß Hoden gerade Verstorbener im Gegensatz zu heteroplastischen Hoden einheilen. A. Rosenburg-Berlin.

Endergebnisse der Hodenüberpflanzung, von R. Mühsam-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 40, S. 1341—1343.) Verf. hat die freie Hodenüberpflanzung 6mal bei fünf Kranken ausgefükrt. Von den fünf Operierten sind drei günstig beeinflußt worden, in den beiden anderen Fällen ist kein Dauererfolg eingetreten. F. Harry-Berlin.

Über Rejuven, ein Steinach-Präparat, von Paeiser-Woltersdorf bei Berlin, (D. m. W., 1922, Nr. 41, S. 1384—1385.) Empfehlung eines neuen Präparates „Rejuven", das alle Wirkungskomponenten der Generationsorgane enthalten soll. F. Harry-Berlin.

Steinachsche Operationen, von F. Schreiber-Breslau. (Bruns Beitr., Bd. 127, H. 1, S. 212—213.) Verf. berichtet über drei Fälle, bei denen er die Steinachsche Operation durch Unterbindung der Vasa deferentia ausgeführt hatte. Veränderungen im Sinne einer Verjüngung wurden nicht beobachtet. Das gleiche Resultat auch bei dem zweiten Falle. Bei einem Falle von Homosexualität, in dem der Pat. sich der Einpflanzung eines kryptorchischen Hodens beiderseits unter die Bauchhaut unterzog, schien es, als ob eine Änderung der homosexuellen Triebrichtung eingetreten, doch entzog sich Pat. einer weiteren Beobachtung. W. Chrzelitzer-Waldenburg (Schles.)

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von M. Porosz-Budapest. (Gyógyászat, 1921, Nr. 43.) Fast bei jeder hypertrophischen Prostata ist eine endoglanduläre Entzündung zu finden, welche eben eine Folge der öfteren Kongestion ist. Im Anfangsstadium der Hypertrophie wird mit der Beseitigung der Kongestionen vorgegangen. Die Dekongestionierung geschieht in derselben Weise mit faradischem Wellenstrom, wie Verf. es im Jahre 1895 für die Behandlung der Prostatitis beschrieben hat (Prostataelektrod von Porosz). Mit dem faradischen Strome müssen Arbeit und Ruhe der Prostatamuskulatur abwechseln. Autoreferat.

Chronische Prostatitis nach Epizystotomie, von H. Alapy-Budapest. (Gyógyászat, 1921, Nr. 28.) Verf. fand, daß nach den Erleichterungen einer Epizystotomie bald (18 Tage bis $2^1/_2$ Jahren) eine heftige Zystitis und Prostatitis auftritt, welche keiner Therapie zugänglich ist. M. Porosz-Budapest.

Zum Adenom der akzessorischen Drüsen bei der Prostatahypertrophie, von E. Borza-Budapest. (Orv. Hetilap, 1922, Nr. 25.) Verf. hält auf Grund seiner Untersuchungen die Benennung „Prostatahypertrophie" für falsch, denn das Prostatagewebe wird bei der Vergrößerung gar nicht ins Spiel gezogen, sondern ihre Masse erscheint nur durch den in ihr entwickelte Tumor vergrößert. M. Porosz-Budapest.

Suprapubische oder perineale Prostatektomie?, von A. Hübner-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 35, S. 1743.) Für die Entscheidung über die Wahl der Operationsmethode ist wichtig, inwiefern durch die Operation die Funktion des Colliculus seminalis gestört resp. ausgeschaltet wird. Die suprapubische Methode scheint nach den Ausführungen des Verf. die Methode der Wahl zu sein. Nur dort, wo die Frage der Potenz keine Rolle spielt, ferner bei Eiterungen und malignen Prostatamißbildungen erscheint die perineale oder ischiorektale Methode angebracht. E. Langer-Berlin.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Symptome und Diagnose der Nierensteine (Symptomes et diagnostic de la lithiase rénale), von H. Eliot. (Gaz. des Hôp., 1922, Nr. 41 und 43.) E. Levin-Berlin.

Der kongenitale Faktor bei chronischer Nierenerkrankung (The Congenital Factor in Chronic Renal Disease), von Edward Weiss-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, Nr. 14, S. 1097—1099.) Verf. beschreibt die klinischen Daten und histopathologischen Befunde von drei ungewöhnlichen Fällen von chronischer Nierenerkrankung bei verhältnismäßig jugendlichen Personen (37, 26 und 15 Jahre), die starben. Die

Digitized by Google

Sektion ergab in allen drei Fällen eine chronische, interstitielle Nephritis. Da in keinem Falle ein besonderer ätiologischer Faktor aufzufinden war, meint Verf., alle drei auf eine Hypogenesis der Nieren zurückführen zu müssen. Er weist im übrigen auf ähnliche Fälle hin, wie sie in der Literatur niedergelegt sind von Coplin, Ringer, Kabes u. a. F. Quasig-Hamburg.

Arzneimittelbehandlung bei Nierenbeckenentzündung (Drug Therapy in Pyelitis), von Henry F. Helmholz-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 4, S. 285—286.) Verf. berichtet über seine Versuche zur Untersuchung der Wirksamkeit von Alkalien, Urotropin und Salol auf die Nierenbeckenentzündung. Er stellte fest, daß in akuten Fällen von Pyelitis die Alkalien von Nutzen sind, ohne einen Beweis direkter spezifischer Wirksamkeit zu haben. Urotropin zeigte eine sehr bestimmte bakterizide Wirkung auf die Blase, während Salol in den Dosen von 5 g keine antiseptischen Eigenschaften ergab. F. Quasig-Hamburg.

Die Behandlung der Pyelitiden mit endovenösen Injektionen von Urotropin und Neosalvarsan (La terapia delle pielitidi con urotropina e neosalvarsan, per iniezioni endovenose), von V. Jura, Chir. Klin. Rom. (Policl., 1922, Nr. 43.) Ausführliche Krankengeschichte von 7 Fällen von Pyelitis, bei welchen durch kombinierte endovenöse Injektion von Urotropin und Neosalvarsan eine wesentliche Besserung erzielt wurde. Besonders wichtig ist ein Fall von Prostatahypertrophie, bei welchem die Vornahme der Radikaloperation nur dadurch möglich wurde, daß es gelang, durch die obengenannte Therapie die Harnwege aseptisch zu machen. Es sind daher die endovenösen Injektionen von Urotropin und Neosalvarsan nicht nur zwecks Behandlung, sondern auch für die Vorbereitung der Harnwege bei zu operierenden Fällen angezeigt. E. Freund-Triest.

Über eine eigenartige klinische Entwicklung der Nierentuberkulose (Sur une évolution clinique particulière de la tuberculeuse rénale), von A. Lemierre, M. Léon-Kindberg und Jean Lévesque. (Gaz. des Hôp., 1922, Nr. 95.) Nach wesentlicher Besserung der zunächst vorhandenen Erscheinungen einer banalen subakuten Nephritis mit Chlorürämie, dann drohender Azotämie, zeigte sich eine käsig-ulzeröse Nephritis mit Pyurie. E. Levin-Berlin.

Über doppelseitige Atresie der Uretermündung, von H. Zimmermann. (Virch. Arch., Bd. 232, S. 316—324.) Mitteilung eines Falles von hochgradigster Verengerung und Hypoplasie beider Ureteren im untersten, die Harnblase durchdringenden Abschnitt. Besprechung der ätiologischen Momente dieser Mißbildung. A. Blüth-Hamburg.

Behandlung von Abdominalschmerz nach Ureterunwegsamkeit (Treatment of Abdominal Pain Due to Ureteral Obstruction), von A. S. Crowell-Charlotte, N. C. (J. Am. m. Ass., Bd. 79, N. 14, S. 1103—1105.) Verf. weist auf die Häufigkeit von Ureterverlegung aller Art als Ursache von Leibschmerzen hin und führt einschlägige Fälle an. Sorgfältige Untersuchung mit den modernen urologischen Methoden wird die häufigen Fehldiagnosen wie Appendizitis, Gallensteine usw. vermeiden lassen. Die Behandlung geschah in den meisten Fällen intravesikal und war von Erfolg begleitet. F. Quasig-Hamburg.

Intravesikale Behebung von Hindernissen im Harnleiter, besonders mit Rücksicht auf Steine und Strikturen (Intravesical Management of Obstructions in the Ureter, with Special Reference to Stone and Stricture), von H. W. E. Walther-New Orleans. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 9, S. 733—737.) Verf. weist auf die nicht immer genügend gewürdigte Tatsache hin, daß viele Abdominalbeschwerden auf Hindernisse im Ureter zurückzuführen sind. Die Strikturen betrachtet er als ein klinisch einheitliches Krankheitsbild, besonders bei Abdominalbeschwerden der Frau. Er hat hier mit der Dilatation der Striktur gute und anscheinend auch dauernde Erfolge erzielt. F. Quasig-Hamburg.

Über Azitetramin, von E. Filippi-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 43.) Nach Anwendung des Azitetramin soll die Steigerung der Azidität des Harnes, dem Urotropin und Salol weit überlegen sein. Günstige Erfahrungen bei Zystitis, Pyelitis (auch gonorrhoischen Herkünfte) sollen leicht zu sehen sein. Subjektive Besserung läßt sich in 1—2 Tagen fühlen. Dosierung: 3mal täglich 0,50 g. M. Porosz-Budapest.

Zum Nachweis der Pyurie nach Donné, von Fürbringer-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 33, S. 1093—1094.) Verf. bringt den bereits in Vergessenheit geratenen Nachweis von Eiter im Harn nach Donné in Erinnerung. Durch Zusatz von Ätzkali zum Harn und Umschütteln tritt eine schleimig-gallartige Umwandlung des Eiters und

Digitized by Google

stabile, nicht flüchtige Luftblasenbildung ein. Epithelien der Nieren, Zylinder und Bakterien stören die Reaktion nicht. Beim Vorhandensein von Blut, Sperma und Sekreten der weiblichen Genitalien kann die Probe negativ ausfallen, wenn der Gehalt an Leukozyten das übliche Maß nicht übersteigt. F. Harry-Berlin.

e. Weibliches Genitale.

Über einen Fall von Verwachsung der kleinen Labien post partum, von O. Knopf-Wien. (W. kl. W., 1922, Nr. 34, S. 715.) Verf. berichtet über einen Fall, wo bei einer 18jähr. Primipara im Anschluß an die Geburt eine Verwachsung der kleinen Labien in einer Breite von 20 mm erfolgt war. Anlaß hierzu hatten wahrscheinlich an dem vorderen Rande der kleinen Labien aufgetretene kleine Verletzungen gegeben. Durch die entstandene Hautbrücke war die Urethra vollkommen verdeckt und zur Vagina war nur ein bleistiftdicker Zugang vorhanden. E. Langer-Berlin.

Die Behandlung des Fluors mit Thyoparametron, von K. F. Friedländer-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 34, S. 1139—1140.) Gute Erfolge bei vaginalem und zervikalem Fluor mit einem von Wintz-Erlangen angegebenen Präparat, das Thigenol und Jodthion enthält. F. Harry-Berlin.

Krebs des Gebärmutterhalses. Anurie infolge Übergreifens und Verschluß des linken Ureters. Wiederherstellung der Funktion der rechten Niere nach Harnleiterkatheterismus. Überleben des Anfalles um zwei Monate (Cancer du col utérin. Anurie consécutive à l'envahissement et à l'obstruction de l'urétère gauche. Rétablissement de la fonction rénale droite par cathétérisme urétéral. Survie de deux mois après cette crise d'anurie), von H. P. Achard. (Progr. m., 1922, Nr. 43.) Der Inhalt ergibt sich aus der Überschrift. Die völlige Anurie trat wahrscheinlich in dem Augenblicke, in dem der Verschluß des linken Ureters komplett wurde, dadurch ein, daß die rechte Niere bereits vorher nephritische Störungen aufwies.
E. Levin-Berlin.

Zur Therapie entzündlicher Erkrankungen der Mucosa corporis et cervicis, von Robert Joachimovits-Wien. (Zbl. f. Gynäk., 1922, Nr. 44, S. 1759.) Verf. hat als Indikator der therapeutischen Kraft der ätherischen Öle bei entzündlichen Erkrankungen des Uterus bei der Cervicitis gonorrhoica die lokale Wirkung der Terpenkörper versucht. Verf. hat mit 25% Cineolemulsion, besonders aber mit altem Cineol, Cineolresorzin Heilerfolge in verhältnismäßig kurzer Zeit erzielt. Adnexerkrankungen stören nicht, Erosionen werden nicht ungünstig beeinflußt. Unterstützung der Therapie durch ätherische Öle per os oder per klysma werden als zweckmäßig empfohlen. Auch die weitere Einführung von ätherischen Ölen in die Gynäkologie als unschädliche Desinfizientien des Uteruscavums von der Zervix aus, wird dringend befürwortet.
A. Rosenburg-Berlin.

Appendizitis und Gonorrhoe, die beiden häufigsten Ursachen der chronischen Entzündung der Tuben und Ovarien, von Arthur Mueller-München. (D. m. W., 1922, Nr. 39, S. 1316—1417.) Erwiderung auf die Ausführungen von Förster. Verf. vertritt den Standpunkt, daß es ratsam sei, die Appendix bei unklaren Beschwerden in der Bauchgegend zu entfernen. Bei gonorrhoischen Adnexbeschwerden muß man stets daran denken, daß neben der Gonorrhoe noch eine Appendizitis bestehen kann.
F. Harry-Berlin.

Rektum und Anus.

Die Behandlung des Analpruritus, von Julius Basch-Breslau. (Ther. d. Ggw., 1922, Nr. 9, S. 340—344.) Beim Analpruritus läßt sich in vielen Fällen ein ursächliches Moment nicht eruieren, häufig aber läßt auch nach Abstellung der bekannten Ursache der Juckreiz keineswegs nach. Zu einer erfolgreichen Behandlung bedarf es vor allem einer Ausschaltung der Wechselwirkung von Juckreiz und Kratzen. Keine Polypragmasie!, die vielen vergeblichen Versuche lenken die Aufmerksamkeit des Kranken nur noch mehr auf den Sitz seines Leidens hin, erregen und enttäuschen. Als Therapie der Wahl haben die Röntgenstrahlen zu gelten, sowohl in den leichteren als den mit Ekzem und Exkoriationen komplizierten Fällen, die Bestrahlung erreicht fast immer schlagartig ein Nachlassen des Juckreizes und genügt vollauf in den leichten Fällen. In den schweren Fällen ist außerdem die ganze Analgegend mit Pflaster zu bedecken, zum Schutz der Haut und zur Rückbildung des Ekzems. Am besten bewährt sich ein Chrysarobinpflaster, das 48—72 Stunden liegen bleibt. A. de Lemos-Hamburg.

Digitized by Google

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Die Selbstgeringschätzung (Seautocontemptio) als sexueller psychischer Zustand, von M. Porosz-Budapest. (Gyógyászat, 1922, Nr. 36.) Ein depressiver psychischer Zustand der Kranken. Sie tragen ein Geheimnis, mit der Angst herum, daß diese von anderen wahrgenommen wird. Sie werden von Unlustgefühle viel geplagt, besonders wenn sie in Gesellschaft geraten. Sie verraten ein unsicheres Auftreten, sind schamhaft, kommen leicht in Verlegenheit, sind ungeschickt und ihr ganzes Benehmen ist fast tölpelhaft. Diese Mangelhaftigkeiten werden von ihnen noch überschätzt, und dies steigert noch mehr ihre Mißstimmung. Sie trachten deswegen die Gesellschaft, wo — nach ihrer Auffassung — jeder ihnen überlegen ist, zu meiden. Sie flüchten sich in die Arbeit und Einsamkeit, wo sie ganz Vorzügliches in ihrem Fache zu leisten, und unermüdlich zu arbeiten imstande sind. Sie sind mißtrauisch, wortkarg zu jedem, und haben keine intimen Freunde. Diese sexuell defektuösen Kranken sind bei mir als an Atonia prostatae Leidende verbucht. Nach Behebung der Krankheit bekamen sie ihre Lebenslust und Selbstgefühl wieder. Autoreferat.

Selbstmord und Sexualität, von Max Marcuse-Berlin. (Zschr. f. Sexualw., 1922, Bd. 9, H. 7.) Die Zusammenhänge zwischen Selbstmord und Sexualität sind erkennbar in den zahlreichen Selbstmorden der Pubertätszeit, aus „unglücklicher Liebe", dann kommen die infolge „unheilbarer Krankheit" (meist Syphilis) und aus „unbekannter Ursache" (oft Homosexualität). Bei weiblichen Personen bestehen oft Beziehungen zur Menstruation und den generativen Phasen. Die Pubertätsselbstmorde figurieren meist als „Schülerselbstmorde"; ihr Zusammenhang mit Pubertät und Onanie ist fraglos, und zwar handelt es sich in letzterem Falle häufig um Opfer falscher Aufklärung über die Folgen des „Lasters". Psychopathische Anlagen liegen meist zugrunde; das ist auch der Fall bei (frühzeitigen) Liebesaffären, was sich bei Doppelselbstmorden zeigt, in denen der jugendliche Partner in der Regel der männliche ist. Der Anteil des weiblichen Geschlechtes ist bei den Pubertätsselbstmorden wesentlich höher als bei den Selbstmorden im allgemeinen. Die Doppelselbstmorde sind zu einer typischen Erscheinung unserer Zeit geworden; der aktivere Teil ist meist die Frau, als deren Werkzeug der zuerst widerstrebende Mann den Mord zunächst an der Geliebten ausführt, während er nach der hierdurch eintretenden Ausschaltung ihres Einflusses oft nicht den Mut findet, den Plan durch Selbstmord zu beenden. Bei den Selbstmorden auf Grundlage der Syphilis kann es sich um nie krank gewesene Syphilophoben handeln. Die Häufigkeit der Selbstmorde bei Homosexuellen wird auf 3% geschätzt (Kummer über die Abartigkeit, gerichtliche Verfahren, Erpressungen, auftauchender Skandal). Liebesselbstmorde sind bei Homosexuellen noch häufiger als bei Normalen, eine besondere Bedeutung haben auch hier Doppelselbstmorde. Der Einfluß der generativen Phasen bei der Frau zeigt sich in der Häufigkeit der Selbstmorde bei jugendlichen Menstruierenden; in Betracht kommen ferner (außereheliche) Schwangerschaft, Klimakterium (Angst vor dem als Weib erledigt sein). Spezifisch weibliche Liebes- und Sexualmotive des Selbstmordes sind der Wunsch, von dem überlebenden Gatten oder Geliebten nach dem Tode stärker geliebt zu werden, Furcht vor Entdeckung der Defloratien oder auch Angst vor dieser und überhaupt Widerwillen gegen sexuelle Gemeinschaft, auch Scham und Verzweiflung über Vergewaltigung. Eine spezifisch männliche Ursache des Selbstmordes ist Impotenz. Die Prozentzahl der Verheirateten ist bei Männern größer als die der Ledigen, bei Frauen ist es umgekehrt, und zwar überwiegen hier unter den Ledigen die bereits verheiratet Gewesenen. Die Häufigkeitskurve der Selbstmorde verläuft wie die der Sittlichkeitsdelikte, sie zeigt schnelle Zunahme im Frühjahr, worin der Ausdruck einer Sexualperiodizität zu erblicken ist. E. Levin-Berlin.

Orgasmus ohne Ejakulation, von M. Marcuse-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 35, S. 1171—1172.) Verf. ergänzt die Ausführungen Fürbringers über Ejaculatio deficiens inter congressum dahin, daß er eigene Beobachtungen über Orgasmus sine ejaculatione mitteilt. Diese treten sowohl beim Koitus, als auch bei der Masturbation und bei Pollutionsträumen auf. Somit sind Orgasmus und Ejakulation nicht grundsätzlich organisch miteinander verbunden, sondern normalerweise funktionell miteinander verknüpft. F. Harry-Berlin.

Impotenz des Mannes (Impotence in the Male), von B. S. Talmey-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 9.) Enthält nichts für den deutschen Leser Erwähnenswertes. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Prostitution.

Zur Frage der persönlichen Prophylaxe bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von P. Manteufel, Bakteriolog. Abt. d. Reichsgesundheitsamtes. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1922, Bd. 96, H. 4.) Verf. bespricht in kurzer, sachgemäßer Weise die prophylaktischen Mittel, die in den letzten Jahren auf den Markt gebracht wurden. Als Prophylaktikum gegen Blennorrhoe scheint M. Kali hypermanganicum weder wirksam noch praktisch genug zu sein; die organischen Silberpräparate zeichnen sich durch starken Desinfektionswert gegenüber Gonokokken und auch Spirochäten aus, scheinen aber in der jetzt beliebten und auch praktischen Form der Stäbchen im Laufe der Zeit (durch Austrocknen?) die Fähigkeit des leichten Zerfalls immer mehr einzubüßen. Das bekannteste Schutzmittel gegen Syphilis ist die 33%ige Kalomelsalbe nach Metschnikoff und Roux, die experimentelle Vergleichsprüfung hat nun neben anderen theoretischen Erwägungen gezeigt, daß die Metschnikoffsche Salbe bei der perkutanen Spirochäteninfektion nicht viel sicherer wirkt als eine entsprechende Salbe ohne Desinfiziens, d. h. in der Hauptsache einen mechanischen Schutz verleiht. Wirksamer als die schwerlöslichen Quecksilbersalze haben sich bei der experimentellen Prüfung Sublimat und oxyzyansaures Quecksilber in geeigneter Salbengrundlage erwiesen. Leider halten die Salben ihre Konsistenz und Wirksamkeit nur in Glas- und Porzellanbehältern, nicht in Zinn- oder Aluminiumtuben. Nach allem empfiehlt Verf. als Vereinfachung, Verbilligung und Gebrauchsverbesserung der Schutzmittel ein sogenanntes Kombinationspräparat, das den Schutz gegen die beiden wichtigsten Geschlechtskrankheiten, Syphilis und Tripper, in einem Mittel vereinigt. Es besteht aus einer Salbenseife mit Thymol. Die Thymolsalbe hat sich bei den verschiedenen Prüfungsversuchen als die wirksamste erwiesen. M. Stern-München.

Die Zunahme der Geschlechtskrankheiten in deutschen Großstädten, ihre Gefahren und die Möglichkeit ihrer Abwehr, von Sieveking-Hamburg. (Kl. W., 1922, Nr. 40, S. 2005.) Verf. tritt warm für die ärztliche Meldepflicht ein, aber nur unter der Voraussetzung der Behandlung durch approbierte sachkundige Ärzte. Aus den verschiedensten Ländern und innerhalb Deutschlands aus verschiedenen Bezirken liegen Zahlen über eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten nach dem Kriege vor. Bei der Bekämpfung der Reglementierung wird sicherlich oft zu weit gegangen. An der Minderwertigkeit der Prostituierten sind vielfach traurige Familien- und Erziehungsverhältnisse schuld. Daher tut eine gründliche Aufklärungsarbeit durch Eltern, Lehrer und Ärzte not, die aber nur bei Unterstützung durch Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten Erfolg haben kann. E. Langer-Berlin.

Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten in Marokko (La prophylaxie antivénérienne au Maroc), von Carle-Lyon. (Progr. méd., 1922, Nr. 42.) Das zur Einführung gelangte Prinzip der Prostituiertensanierung hält sich in gleicher Weise fern von einem sentimentalen Abolitionismus, der unter dem Vorwande der persönlichen Freiheit den Prostituierten die Möglichkeit läßt, ihre Krankheit laufen zu lassen und weiter zu verbreiten, wie von polizeilicher Bedrückung, die die Kranken von der Behandlung abschreckt. Die Untersuchungen und Behandlungen können nach Wahl in öffentlichen Ambulatorien oder bei Ärzten in der Stadt stattfinden, die mit der Befugnis der Dauerüberwachung betraut sind und bei Fernbleiben die Zentralstelle, welche Polizeibefugnisse hat, zu benachrichtigen haben. Die Einrichtungen werden von den Prostituierten gern benutzt. In den Häusern finden sich zur Prophylaxe mit Protargol und Kalomelsalbe eingerichtete Zimmer. E. Levin-Berlin.

Bemerkungen über die Wirksamkeit des Programms betreffs der venerischen Krankheiten (Some Notes on the Effectiveness of the Venereal Disease Program), von H. G. Irvine-Minneapolis. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 14, S. 1121—1127.) Verf. hatte im Staatsauftrage ein Programm zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vor einigen Jahren aufgestellt. In der vorliegenden Arbeit vergleicht er nun die Ergebnisse an Hand von Statistiken, die ihm von den einzelnen Staaten zugestellt worden sind. Zahlreiche Tabellen und umfassende Statistiken. F. Quasig-Hamburg.

Schutz vor Geschlechtskrankheiten (Prevention of Venereal Disease), von H. Wansey Bayly-London. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 9.) Es handelt sich im wesentlichen um eine Polemik der Gesellschaft für den Schutz vor Geschlechtskrankheiten gegen den Nationalrat zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von denen letzterer sich in der Schutzmittelfrage etwas zurückhaltender ausgesprochen hatte.

Digitized by Google

Für die sichere Wirksamkeit der rechtzeitig und richtig angewendeten Mittel werden Zahlen aus der Armee, besonders aus dem stark verseuchten Ägypten angeführt. Die Mahnung zur Enthaltsamkeit wird auch hier an die erste Stelle gesetzt.
E. Levin-Berlin.

Der Schubartsche Gesetzentwurf eines freiwilligen Einheitszeugnisses für heiratende Männer, von Schubart-Charlottenburg. (M. Kl., 1922, Nr. 9, S. 277.) Der Amtsgerichtsrat Sch. hat bekanntlich einen Gesetzentwurf ausgearbeitet zur Schaffung eines Einheitszeugnisses betreffend den geschlechtlichen Gesundheitszustand für Ehekandidaten. Er wendet sich hier gegen eine Kritik Kleebergs und betont die Schwierigkeiten der Formulierung eines Gesundheitszeugnisses beim weiblichen Geschlecht.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zu der Entgegnung des Herrn Amtsgerichtsrat Dr. Schubart und auf den Aufsatz „Syphilis und Ehe" in Nr. 32, von L. Kleeberg. (M. Kl., 1922, Nr. 9, S. 277.) Verf. erwidert auf die Kritik Schubarts und betont die Notwendigkeit der Belehrung und Aufklärung von Ehekandidaten sowie andererseits die Gefahren und Unzulänglichkeiten von Gesundheitsattesten sowohl bei Männern wie bei Frauen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Dermatologie und Nervensystem (Dermatology and the Nervous System), von George H. Hyslop-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 116, Nr. 7.) Bei Syringomyelie und chronischer peripherer Neuritis kann die Haut in den befallenen Nervenfeldern depigmentiert, glatt, glänzend sein. Pigmentvermehrung findet sich bei verschiedenen Nervenleiden (Pellagra, Addison, Rückenmarkstumoren, akute Rückenmarksentzündungen). Bei multipler Sklerose ist häufig die Haut der unteren Extremitäten glatt, glänzend, gelblich gefärbt; diese Färbung erstreckt sich über den ganzen Körper, wenn die Erkrankung eine sekundäre nach perniziöser Anämie ist. Hingegen ist, wenn chronische Verdauungsstörungen zugrunde liegen, oft die Haut des Rumpfes und besonders des Abdomens dunkler gefärbt als die der Extremitäten; desgleichen bei Erkrankungen des Bauchsympathikus. Die Verteilung von Nävi kann auch an von bestimmten Spinalsegmenten oder peripheren Nerven versorgte Bezirke gebunden sein. Erythromelalgie und Raynaudsche Krankheit können Störungen der Pigmentierung und trophische Störungen bewirken. Epidemische Enzephalitis verursacht häufig exzessives Schwitzen, Hyperhidrosis bei kleinen Kindern wird von manchen als ein vagotonisches Zeichen betrachtet. Bei Rückenmarkstumoren ist die Störung der Schweißsekretion von Wert für die Lokalisierung. Allgemeine Anidrosis findet sich bei Hypothyreoidismus, lokalisierte bei destruierenden Prozessen der Nervenstämme und Schädigung des Halssympathikus. Störungen des vasomotorischen Nervensystems äußern sich in angioneurotischem Ödem, hereditärem Ödem, Dermographismus, gleiches ist auch bei Hysterie und anderen Psychoneurosen zu beobachten. E. Levin-Berlin.

Erfordernisse und Pflichten der Dermatologie (The Needs and Duties of Dermatology), von E. D. Chipman-San Francisco. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 6, S. 419—420). Die Pflichten des Dermatologen sind gegenüber dem einzelnen eingehende Belehrung und Aufklärung als wirksamstes Mittel, um endlich mit dem Aberglauben an die schlechten Säfte, die angeblich im Blute kreisen, aufzuräumen. Auch gegenüber der Allgemeinheit ist es für den Dermatologen Pflicht, aufklärend zu wirken. Hier besonders unter Mitarbeit der Tageszeitungen, wie das bereits in großem Maßstabe in Los Angeles und San Francisco geschieht. Schließlich der Gesamtheit der Ärzte gegenüber in intensiver Mitarbeit, wodurch Diagnose und Behandlung der Syphilis wie früher wieder Domäne der Dermatologen sein sollten. F. Quasig-Hamburg.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über die Gewebsatmung in der gesunden und kranken Haut, von O. Gans-Heidelberg. (D. m. W., 1922, Nr. 1, S. 16.) Zwischen dem O_2-Verbrauch normaler und kranker Haut und ihrer Röntgenempfindlichkeit bestehen gewisse Parallelen. Je höher der Sauerstoffverbrauch der verschiedenen Gewebe, desto größer ist ihre Empfindlichkeit gegen Röntgenstrahlen. F. Harry-Wiesbaden.

Der Einfluß der Temperatur auf die unmerkliche Hautwasserabgabe, von O. Moog-Marburg. (Zschr. f. d. ges. exper. Med., 1923, Bd. 31, H. 3—6, S. 316—324.)

Digitized by Google

Es besteht im allgemeinen ein annähernder Parallelismus zwischen Umgebungstemperatur und Perspiratio insensibilis. Ausnahmen erklären sich aus der Abhängigkeit der Schweißdrüsen von psychisch-nervösen Vorgängen und von der Durchblutung der Haut.

F. Landauer-Berlin.

Über die peristaltischen Bewegungen der Blutkapillaren, von E. Kylin-Stockholm. (Kl. W., 1923, Nr. 1, S. 14.) Durch Kapillaroskopie konnte Verf. eine peristaltische Bewegung der Kapillaren feststellen, durch die der Blutstrom weiterbefördert wird. Die Bewegung erfolgt in jedem Kapillarsytem für sich und nicht gleichzeitig in mehreren. Die Kontraktion konnte durch Sympathikusreizung mittels Adrenalininjektion verstärkt werden, ist also vom Sympathikus abhängig. Bei der Bewegung des Blutstroms ist die Herzkraft die unbedingt größere und die Kapillarkraft wirkt nur in geringem Maße mit, um die Blutsäule durch das Kapillarsystem zu treiben.

E. Langer-Berlin.

Der Blutstrom in den Hautkapillaren in verschiedenen Körperregionen bei wechselnder Körperlänge, von W. Parrisius und Wintterlin, Nervenklinik Tübingen. (Arch. f. kl. Med., Bd. 141, H. 3 u. 4.) Das vorliegende Material lehrte Verf. von neuem, daß das Kapillarsystem eine weitgehende Autonomie zeigt und zur Beurteilung allgemeiner Kreislaufverhältnisse die Beobachtung des Kapillarkreislaufs nur unter Berücksichtigung zahlreicher hier wirksamer Faktoren herangezogen werden darf. Es ergab sich die Bestätigung der Hinselmannschen Beobachtungen: gelegentlich kommt es zu Stockungen im Blutstrom, die unter gewissen Umständen sehr viel häufiger und für längere Zeit auftreten. Die Ursachen können die allerverschiedensten sein: bei den von Hinselmann beschriebenen Verhältnissen waren es toxische (Nephritis, Eklampsie), also die Kapillaren schädigende Momente, welche die Zunahme bedingten, bei den vorliegenden Beobachtungen schien es sich um zweckmäßige Maßnahmen zum Schutze der zarten und funktionell so ungeheuer wichtigen Gebilde zu handeln. Die Zahl und Dauer der kapillaren Stasen werden mit Hilfe des Hürthleschen Kymographions registriert (an Handnagel-, Zehenfalz-, und Fußrücken). Schon gesunde Menschen zeigen in den Kapillaren des Fingers kurzdauernde Stasen; am Fuß ist die Stasenzahl vermehrt, und zwar schon im Liegen. Die Stasengesamtdauer bei 5 Minuten Beobachtungszeit ist am Fuße größer als am Finger, und zwar schon im Liegen, im Sitzen größer als im Liegen und im Stehen am größten (hier bis zu 100% der Beobachtungszeit). Für Vasoneurosen gibt es keine Regeln über Häufigkeit der Stasenzahl und -dauer, vielmehr ist hier Gesetzlosigkeit charakteristisch. Die Strömungszeit eines Blutkörperchens in den Kapillaren beträgt etwa 0,4 mm pro Sekunde. Die Strömung verlangsamt sich erheblich bei sitzender und stehender Haltung. Der Kreislauf im Bein bleibt erhalten unter Umgehung des Hautkapillarsystems über die Hoyerschen derivatorischen Kanäle; es scheint sich hierbei um eine Maßnahme zum Schutze der zarten Kapillaren zu handeln. Die Ursache der Stase ist noch nicht sicher erwiesen, Verfasser neigen zur Annahme von Kontraktionsvorgängen, vielleicht nahe der Abzweigung der Kapillare aus der Arteriole.

M. Stern-München.

Die Achseldrüsen des Menschen, von E. Holmgren-Stockholm. (Anat. Anz., Bd. 55, Nr. 24, S. 553.) Auf Grund histologischer Befunde kommt Verf. zu dem Schluß, daß die sekretorischen Abteilungen der Schweißdrüsen nicht morphologisch und damit auch nicht funktionell einheitlich sein können, sondern wenigstens in zwei, nach ihrer Struktur und Funktion wesentlich verschiedene Abschnitte geteilt sind. Die sekretorischen Endstücke der Knäueldrüsen sind teils in eine filtratorische Abteilung — wo Blutplasma minus Eiweiß abgeschieden, der wäßrige Schweiß produziert wird — teils in ein besonders spezifische Substanzen produzierendes Stück differenziert, daß also in Übereinstimmung mit der doppelten Funktion der Knäueldrüsen die sekretorischen Zellelemente nicht, wie man allgemein angenommen hat, einer einfachen Art Drüsenzellen angehören, sondern statt dessen zweifacher Art sind. G. Assmann-Kiel.

Säugetierhaare und Tastflecke, von Friedrich Maurer-Jena. (Anat. Anz., Bd. 56, Nr. 3, S. 71.) Verf. bleibt trotz verschiedener gegnerischer Einwände bei seiner Ansicht, daß die Säugetierhaare aus den Hautsinnesorganen im Wasser lebender Wirbeltiere abzuleiten seien. Er erkennt auch nicht an, daß die Haare der Säugetiere den Umweg über die Tastorgane der Reptilien genommen haben, weil erstens aus letzteren der feinere Bau des Säugetierhaares und seines Follikels nicht erklärt wird, und weil ferner die so zierlichen Tastorgane auf den Schuppen der Baumagamen so abseits stehenden Formen zukommen, daß sie nicht als Grundlage für Säugetierzustände genommen werden dürfen.

G. Assmann-Kiel.

Digitized by Google

Über die philogenetische Entstehung der Milchdrüsen und Haare, von L. PLATE-Jena. (Anat. Anz., Bd. 56, Nr. 3, S. 65.) Nach der Auffassung des Verf. sind aus den alveolären, mit epithelogener Muskulatur versehenen Drüsen der Amphibien (Stegocephalen) durch Auswachsen in die Tiefe tubulöse Drüsen zwischen den Schuppen der Cotylosaurier geworden, die wohl zuerst den Zweck hatten, das Gleiten der Schuppen aneinander bei den Körperbewegungen zu erleichtern. Indem die Schuppenhärchen bei der Rückbildung der Schuppen zu Säugerhaaren wurden, traten sie in topographische Beziehung zu diesen Drüsen, welche sich zu Schweißdrüsen entwickelten mit der Aufgabe, das Stratum corneum der Haut und die Haare geschmeidig zu erhalten. Auf der Bauchseite wurden aus den Schweißdrüsen Milchorgane. Die Stammformen der Säuger übten eine Brutpflege aus, indem sie, ähnlich wie Ichthyophis, Python und die Vögel. die Eier beschützten und sie mit dem Bauch bedeckten. Mit dem Erwerb einer höheren Körpertemperatur wurde den Eiern auf diese Weise Wärme zugeführt und die Ontogenie beschleunigt. Diese Gewohnheit führte zu einer Reizung der ventralen Schweißdrüsen und zu einer lokalen Verdickung der Epidermis, was sich noch jetzt in den Voranlagen der Milchdrüsen wiederspiegelt. Die phyletische Entwicklung ging nun nach drei verschiedenen Richtungen. Bei den Monotremen entstand das Drüsenfeld in einem Beutel, der beim Schnabeltier infolge des Wasserlebens wieder verloren ging. Bei den Marsupialiern fehlte ursprünglich der Beutel. Aus der Voranlage entwickelten sich gehäufte oder in Reihen stehende Zitzentaschen, die später zu Ausstülpungszitzen in einem Beutel wurden. Bei den Plazentaliern wurden die Jungen längere Zeit im Uterus getragen und mit Hilfe einer Plazenta ernährt, ein Beutel war deshalb nicht nötig. Aus der Voranlage wurde ein Milchstreifen bzw. eine Milchleiste, die zahlreiche in einer Reihe stehende Ausstülpungszitzen erzeugte. G. Assmann-Kiel.

Über die Entwicklung der Hautdrüsenmuskulatur bei Amphibien, von W. KORNFELD, Embryol. Inst. Wien. (Anat. Anz., Bd. 55, Nr. 22/23, S. 513.) Genaue histologische Untersuchungen bestätigen, daß auch die Muskulatur der Hautdrüsen der Amphibien nicht ektodermaler, sondern mesodermaler Abstammung ist. Sowohl die anatomischen Verhältnisse als auch insbesondere das Vorkommen von Übergangsformen sprechen für eine entwicklungsgeschichtliche Verwandtschaft der Drüsenmuskulatur mit den perforierenden Muskelfasern in der Haut der Anuren, für welche die mesodermale Herkunft endgültig bewiesen ist. G. Assmann-Kiel.

Mikroskopische Technik.

Elastin H., von OTTO EWALD-Heidelberg. (M. m. W., 1922, Nr. 33, S. 1218.) Empfehlung eines neuen Farbstoffes von HOLLBORN-Leipzig zur Darstellung der elastischen Fasern. 0,5 g Farbstoff in 50 ccm 70%igem Alkohol + 1,0 Acid. nitr. pur. unter Erwärmen im Wasserbad lösen, filtrieren. Schnitte bleiben 6—10 Stdn. in der Farblösung, differenzieren in 96%igem Alkohol. A. v. Notthafft-München.

Die Prozesse der Zellfärbung, von SCHUHMACHER-Berlin. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 1/3, S. 206—208.) 1. Die Resultate der Gentianaviolett-Quecksilberjodidjodkalium-Phosphinalkohol-Safraninmethode, bei der ein Teil der Bakterien violett, der andere Teil rot gefärbt wird, stimmen mit denen der GRAMschen Methode überein. Die Vorteile bestehen in rascherer Entfärbung durch Phosphinalkohol und Ersparnis an Jod. 2. Bei der Tannin-Viktoriablau-Phosphinalkohol-Pyronin- oder Safraninmethode, die ohne Jod arbeitet, werden die grampositiven Bakterien blau, die gramnegativen rot gefärbt. 3. Die Neosalvarsan-Silber-Malachitgrünmethode stellt tote Zellen einer Hefesuspension tiefbraun, lebende hellgrün dar. 4. Die nukleinsäurefreie Zelle bevorzugt stets den sauren Farbstoff, während die nukleinsäurehaltige Zelle sich mit bas. Farbstoffen färbt. Bei der Giemsafärbung wird die nukleinsäurefreie Zelle ebenso wie die nukleinsäurefreie Spirochaete pallida rot gefärbt. Verschiedene Beizen gestatten auch eine Färbung der nukleinsäurefreien Zelle mit bas. Farben. F. Harry-Wiesbaden.

Über eine einfache Sporenfärbungsmethode, von E. FRAENKEL-Hamburg. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 4/5, S. 106—109.) Verf. empfiehlt folgendes Verfahren: Der lufttrockene Objektträger wird mit einer Beize (5%iges Karbolwasser oder 20%iger Tanninlösung oder Gemisch von 10%iger Kal. bichrom.- und 5%iger Chromsäurelösung) übergossen und bis zum Blasenwerfen der Flüssigkeit erhitzt. Das Aufkochen wird 2—3 mal wiederholt. Danach Abspülen mit Aq. dest., Abtrocknen mit Fließpapier, Färbung mit ZIEHLschem Karbolfuchsin unter 1—2 maligem Aufkochen, Entfärbung in 5%iger Schwefelsäure, Abspülen mit H_2O und Gegenfärbung mit stark verdünnter Methylen-

Digitized by Google

blaulösung. Um das Spritzen der Flüssigkeit beim Kochen zu vermeiden, wird ein Stück Fließpapier auf den Objektträger gelegt, auf das dann die betr. Flüssigkeit gegossen wird. F. Harry-Wiesbaden.

Das Wesen der Giemsafärbung, von G. Giemsa-Hamburg. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 1/3, S. 99—106.) Die rote Kernfärbung wird durch ein Abbauprodukt des Methylenblau, das Methylenazur, bei Anwesenheit von Eosin hervorgerufen, und zwar ist das Eosin tinktoriell an der Reaktion beteiligt und nicht, wie Unna annimmt, als Rotbeize. Der Kern nimmt zuerst Azur als Beize auf und wird dadurch zur Aufnahme des Eosins befähigt. Azur allein färbt den Kern metachromatisch blau bis rotviolett. Diesen Vorgang glaubt Verf. sich durch die Neigung des Azurs zur Tautomerie erklären zu können. Unna dagegen führt ihn auf das Anhydrid des Azurs zurück. Mit ziemlicher Sicherheit ist jedoch anzunehmen, daß die Rotviolettverfärbung durch Azur bzw. die typische Rotfärbung durch Azur-Eosin auf dem Gehalt der Kerne an Metaphosphorsäure beruht. F. Harry-Wiesbaden.

Zwei Bemerkungen zum Aufsatz „Giemsa: Das Wesen der Giemsafärbung", von P. G. Unna-Hamburg. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 4/6, S. 223-224.) Die Behauptung von Giemsa, daß Verf. seine Ansicht über das Zustandekommen der thiazinroten Färbung der Mastzellen und der Protistenkerne geändert habe, ist nicht zutreffend. Verf. behauptet nach wie vor, daß 1. die Färbung der sauren Mastzellen und basischen Protistenkerne durch das Anhydrid des Thiazinrot bewirkt wird, und zwar bei letzteren durch Eosin als Beize. Das Eosin kann auch durch andere zweibasische Säuren, z. B. Tribromphenolkalium ersetzt werden. 2. Die Protistenkerne sind hauptsächlich basischer Natur und nicht stark sauer, wie Giemsa glaubt. Als Beweis führt Verf. den Nachweis von stark basischem Protamin im Außenkern der Amoeba limax und von ebenfalls basischem Histon im Kern des Trypanosoma gambiense an. F. Harry-Wiesbaden.

Bakteriologie und Immunitätslehre.

Wanderzellen der Haut, von Kondo. (J. of Kyota Med. Soc., 1922, Bd. 19, Nr. 4.) Die Wanderzellen, die in der normalen Haut vorkommen, gehören meist zu den mononukleären Leukozyten. Sie liegen vor allem in den Interzellularräumen und auch an der Oberfläche der Haut, selten in der Hornschicht. Die Haut der Föten und Neugeborenen ist besonders reich an Wanderzellen, doch finden sich bei ihnen in der Haut des Handtellers und der Fußsohle nur wenige, während sie bei Erwachsenen hier sehr zahlreich sind. In der erkrankten Haut zeigen sich die Wanderzellen am meisten an allen Stellen eines vermehrten Wachstums, so auch an allen Hautkarzinomen und Hautentzündungen. Die Wanderzellen, die in der normalen Kaninchenhaut vorkommen, sind meist Lymphozyten. Bei künstlich erzeugter Entzündung der Kaninchenhaut zeigen sich, entsprechend den verschiedenen Hautschichten, verschiedene Typen von Wanderzellen. A. de Lemos-Hamburg.

Über die Phagozytose der Eiterzellen (On the Phagocytosis of Pus Cells), von Rokuro Umemura-Tokio. (Jap. m. W., Nov. 1922, S. 312—316.) Die wichtigsten Erreger der Wundinfektionen sind Streptokokken und Staphylokokken. Die Organismen werden nicht durch Körperflüssigkeiten zerstört, sie werden durch Phagozytose entfernt. Verf. hat nun experimentell die Beziehungen untersucht zwischen Entzündungserregern und den Eiterzellen, die als Reaktion auf die Entzündung erscheinen. Die Eiterzelle ist eine lebende, bewegliche Zelle, die phagozytierende Eigenschaft besitzt. Diese Fähigkeit der Zelle nimmt im Laufe der Erkrankung ab, ist größer bei frischen als bei älteren Infektionen, bei Temperaturen über 37° nimmt sie schnell ab, ebenso bei Temperaturen unter 15°. Die Zahl der phagozytierenden Zellen unter den Eiterzellen schwankt zwischen 0,1—15%. In offenen Wunden sind sie zahlreicher als bei geschlossenen Abszessen. Durch Inzision wird die Phagozytose gesteigert, um dann langsam wieder abzunehmen. In einigen Fällen zeigte sich nach Injektion von Vakzinen eine vermehrte Phagozytose, aber keine sichtbare Wirkung auf die Wundheilungsvorgänge.
A. de Lemos-Hamburg.

Über Wachstumsvorgänge bei Mikroorganismen, von F. W. Oelze-Leipzig. (Kl. W., 1923, Nr. 12, S. 545.) Verf. teilt Beobachtungen an Streptokokken mit, die er im Dunkelfeld mit einer recht diffizilen Apparatur, über die Genaues im Original nachgelesen werden muß, gemacht hat. Zwei gute Mikrophotogramme ergänzen die Arbeit. Die Einzelform des Streptokokkus zeigt bald kreisförmige, bald längliche, bald achter-

Digitized by Google

förmige Exemplare, die wohl verschiedene Teilungsstadien darstellen. Die „Wachstumskette" der Streptokokken zeigt bei mehrstündigen Beobachtungen große Unterschiede in ihrer Form. Im Dunkelfeld erscheint die Streptokokkenkette als eine fortlaufende aus miteinander zusammenhängenden Einzelindividuen bestehende Kette. Die Vermehrung erfolgt nicht nur an den Enden, sondern auch an den inneren Gliedern, so daß Beobachtung nach mehreren Stunden ein ganz neues Bild der fortlaufenden Kette ergibt, in die jetzt zahlreiche neue Windungen und Biegungen eingeschaltet sind. Daß eine Verbindung zwischen den einzelnen Teilen der Streptokokkenkette stattfinden muß, ergibt sich daraus, daß beim Wachstum nirgends eine Kontinuitätstrennung erfolgt, sondern die Längenzunahme durch Biegungen und Schleifen ausgeglichen wird.

E. Langer-Berlin.

Serologische Einteilung der Staphylokokken (Serological Classification of the Staphylococci), von T. G. N. Hine. (Lancet, Nr. 5183.) Ausgedehnte serologische Versuchsreihen führen den Verf. zu dem Schlusse, daß es zwei Hauptgruppen von Staphylokokken gibt, deren erste pyogen ist und auf Mannit Säure bildet, während die zweite dieses meist nicht tut und in weißen Kolonien wächst. Die erste Gruppe enthält zwei, die zweite drei serologische Typen. E. Sklarz-Berlin.

Der kulturelle Tuberkelbazillennachweis in der diagnostischen Praxis, von K. Meyer und E. Fitschen, Bakt. Abt. Rud.-Virchow-Krkh. Berlin. (Med. Kl., 1922, Nr. 23, S. 730.) Verff. berichten über sehr gute Erfolge des Nachweises der Tuberkelbazillen im Eiter, Exsudat, Urin usw. bei folgendem Kulturverfahren. Zunächst wird das Untersuchungsmaterial auf gewöhnliche Nährboden verimpft. Bleiben diese steril, so wird am nächsten Tage eine größere Menge des Materials auf den Dorsetschen Nährboden ausgestrichen (Eigelb und -weiß durcheinanderschütteln, ein Fünftel Wasser dazu und das Gemisch in schräg gelegten Röhrchen im Serumschrank durch Erhitzen zum Erstarren bringen). Sind Begleitbakterien vorhanden, so wird das Material 2 Stunden im Wasserbad bei 37° mit 15%igem Antiformin behandelt, zentrifugiert, der Satz 2mal mit steriler Kochsalzlösung gewaschen und auf Dorsetschen Nährboden verimpft. Verschluß der Röhrchen mit Paraffin. Nach 4 Tagen Ausstrichpräparat des Kulturbelags machen und färben. Bei negativem Befund die Untersuchung alle 2—3 Tage wiederholen. A. de Lemos-Hamburg.

Über den Einfluß von Atropin und Pilokarpin auf die Antikörperbildung bei Kaninchen, von G. Joachimoglu und Y. Wada-Berlin. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1922, Bd. 93, H. 4/6, S. 269.) In einer ausgedehnten Versuchsreihe, deren Ergebnisse tabellarisch aufgezeichnet sind, prüften die Verff. die von Salomonsen und Madsen veröffentlichten Untersuchungsresultate nach, die am Pferd festgestellt haben, daß bei diesem das durch Antigenverabfolgung — im vorliegenden Falle Diphtherietoxin — im Serum vorhandene Antitoxin durch intravenöse Injektion von Pilokarpin zunehmen soll. Eine Abnahme des Antitoxins durch Atropininjektion konnten sie dagegen nicht feststellen. Die Verff. machten ihre Kontrolluntersuchungen am Kaninchen und kamen zu dem Resultat, daß durch das Pilokarpin keineswegs eine Antitoxinvermehrung hervorgerufen wird, während vielleicht nach den Atropininjektionen eine gewisse Antitoxinabnahme sich feststellen ließe. Jedenfalls mahnen die Kontrolluntersuchungen zu einer vorsichtigen Beurteilung der von Salomonsen und Madsen gefundenen Resultate, die in dieser Form keineswegs verallgemeinert werden dürften. Das Agglutinin ist wahrscheinlich gar kein Körper, vor allem kein organisches Sekretionsprodukt, sondern nur ein physikalische Zustandsänderung des Serums. E. Langer-Berlin.

Bilirubin im Blutserum, von P. Ormos-Budapest. (Orv. Hetilap, 1921, Nr. 49.) Ein Teil Serum mit zwei Teilen Alkohol gibt einen Eiweißniederschlag. Nach Zentrifugieren gab der Verf. einen vierten Teil von frisch bereitetem Diazoreagens dazu. In Anwesenheit von viel Bilirubin wird die Lösung rot, bei kleinerer Menge rosafarbig. Die kolorimetrische quantitative Bestimmung (die Diazoreaktion ist nicht dauerhaft) konnte der Verf. mit einer Ferrirhodanidlösung ersetzt durchführen. Im normalen Zustand ist die obere Grenze des Bilirubingehalts $^1/_{200\,000}$. Der entsprechende Farbenton der Ferrirhodanidlösung ist $^1/_{3200}$ in Äther gelöst. Ist die vorhandene Menge des Bilirubins vermehrt, so deutet das auf eine Überproduktion des Retikuloendothelialapparates oder auf die Bilirubinresorption durch die Leberzellen. Die Reaktion, welche die Hyperbilirubinämie als wertvolles frühzeitiges diagnostisches Symptom verwerten läßt, geht dem später auftretenden Ikterus voran. M. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Kolloidoklasie, von HERMANN MÜLLER jun.-Zürich. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 10.) Der zuerst von WIDAL eingeführte neue Begriff bringt in das medizinische Denken Neuerungen, deren wichtigste Ergebnisse zusammenfassend dargestellt werden. Ausgangspunkt waren die Chokerscheinungen der paroxysmalen Hämoglobinurie, die völlig denen des anaphylaktischen Choks gleichen, und zwar sowohl in den Allgemeinerscheinungen als in dem in Blutdrucksenkung, Leukopenie und Änderungen der Koagulationszeit bestehenden Blutgefäßsyndrom. Dieses erwies sich als der grundlegende Vorgang, dessen Ursache in den Serumveränderungen gesucht wurde; sie zeigen drei Stadien: das plasmatische (Teilung des hämolytischen Serumkomplexes, indem Ambozeptor und Komplement aus ihrer Bindung mit dem Antihämolysin frei werden), das globuläre (Ambozeptor und Komplement fixieren sich auf die Erythrozyten), und das dritte, in dem die eigentliche Hämolyse mit Hämoglobinämie und Hämoglobinurie erfolgt. Das Blutgefäßsyndrom wickelt sich während des ersten Stadiums ab: die ersten Manifestationen der Anaphylaxie erfolgen gleichzeitig wie der Bruch der hämolytischen Elemente des Blutes. WIDAL faßt die paroxysmale Hämoglobinurie als eine physikalische Krankheit auf und spricht von einer Plasmakrankheit, die er mit anderen Anaphylaxien und der Proteinkörpertherapie in Parallele stellt. Die akut ablaufenden Erscheinungen im Serum werden als hämoklasische Krise bezeichnet, worunter die Umwälzung der Blutkolloide und das Blutgefäßsyndrom verstanden werden, Kolloidoklasie bezeichnet nicht nur die hämoklasische Krise, sondern zugleich die ihr folgenden klinischen Krankheitsbilder, für die eine Veränderung der Gewebskolloide angenommen wird. Die hämoklasische Krise wird meist nur aus dem Blutgefäßsyndrom diagnostiziert; von dessen verschiedenen durch WIDAL noch vermehrten Zeichen ist das zuverlässigste die Leukopenie, weniger regelmäßig ist die Blutdrucksenkung. Die Blutgerinnung ist meist gestört, nicht immer in gleichem Sinne, arterielle Farbe des Venenblutes und Nichtretraktion des Blutgerinnsels gehen parallel der Gerinnungsbeschleunigung. Der Ablauf der hämoklasischen Krise ist wechselnd von Krankheit zu Krankheit wie von Fall zu Fall. Mit der Leukopenie vergesellschaftet sich eine Umkehr der Blutformel (starke Abnahme der Zahl der Neutrophilen und Monozyten, Lymphozytenzahl bleibt fast unverändert). Blutdrucksenkung und Leukopenie sind nur indirekte Symptome, Änderungen der Koagulation und Refraktometerzahl sind direkt Ausdruck der Kolloidoklasie; aus dem gleichen Grunde sind serologisch-biologische Serumveränderungen wichtig: Autopräzipitation des Serums, Auftreten von Präzipitinen für Ovalbumin, Vermehrung der dialysablen Eiweißstoffe und die Vermehrung der Albumine und Verminderung der Globuline mit Präzipitation des Fibrins während des Choks, und Verminderung der Albumine und Vermehrung des Fibrins und der Globuline nach dem Chok. Die hämoklasische Krise wurde bei den verschiedensten Krankheitszuständen gefunden und kann durch zahlreiche experimentelle Anordnungen hervorgerufen werden, ihre Ursachen können in chemische und physikalische eingeteilt werden. Chemische Ursachen sind Pepton, therapeutische Sera, Vakzine, kolloide Metallpräparate; kutane Impfungen sind fast gleich wirksam wie intravenöse und intramuskuläre, auch kann Kolloidoklasie bei Umgehung der parenteralen Zufuhr auf oralem Wege und durch Einatmen erzeugt werden. Für die physikalischen Ursachen bildet das klassische Beispiel die paroxysmale Hämoglobinurie durch reine Kälteeinwirkung; neben ihr spielt hier die Lues eine Rolle, die den kolloidalen Zustand des Plasmas stark ändert, wie die WR und die Flockungsreaktion zeigen. Physikalische Ursachen sind ferner Wärme, Körperanstrengung, Röntgenbestrahlung. Eine spezielle Art stellt die verdauungshämoklasische Krise dar, die zu diagnostischen Zwecken verwendet wird. Erzeugung derselben durch 200 g Milch bei Leberkranken, obgleich sie keine Zeichen von Anaphylaxie und Idiosynkrasie darbieten. Dies wird erklärt durch Fortfall der eiweißfixierenden Funktion der gesunden Leber. Auch bei Schwangeren und bei Magengeschwür wurde die Probe positiv gefunden. Die Inkonstanz des Auftretens der Anaphylaxie beim Menschen und Variabilität ihrer Erscheinungen spricht dafür, daß außer den bisher besprochenen auslösenden Momenten der Kolloidoklasie noch andere in Betracht kommen: Disposition, die sich entweder darin äußert, daß dieselbe Erscheinung auf die verschiedensten Schädigungen hin auftritt, oder daß mit den mannigfachsten Erscheinungen reagiert wird. Man kann von einer wahren kolloidoklasischen Diathese sprechen, für die auch das familiäre Auftreten der ihr zugehörigen Krankheiten verwertet werden kann. Einen Einfluß auf das Plasma üben ferner die inneren Sekrete und das vegetative Nervensystem. Die enge Beziehung von Anaphylaxie und Idiosyn-

Digitized by Google

krasie tritt bei diesen Beobachtungen besonders hervor. Die Behandlung der Kolloidoklasie ist zunächst eine prophylaktische gegenüber den bevorstehenden Anfällen: vorausgehende Einspritzung einer minimalen Menge der chokauslösenden Substanz, Narkose. Atropin, Luminal; mit Rücksicht auf die während der hämoklasischen Krise bisweilen bestehende Oberflächenspannungserhöhung und Viskositätsherabsetzung Mittel zur Herabsetzung der Oberflächenspannung (Natriumglykocholat, Seife, Anästhetika) oder zur Erhöhung der Viskosität (Alkalikarbonate, Zucker, Glyzerin, Gummi). Es ist jedoch nicht notwendig, den spezifischen Körper anzuwenden, auch wenn es sich um Anaphylaxie handelt. Pepton wirkt auch bei alimentärer Urtikaria, Migräne, Asthma, Quinckeschem Ödem. Das Wesen der prophylaktischen Behandlung beruht darauf, daß sie eine leichte hämoklasische Krise erzeugt, die andererseits genügt, gegen die therapeutische Dose zu immunisieren, oder das autonome Nervensystem oder spezielle physikalische Eigenschaften des Serums günstig beeinflußt. Die definitive Therapie kann sich derselben Mittel, jedoch in ganzen Kuren bedienen, die Desensibilisierung kann dabei eine spezifische oder unspezifische sein. Die spezifische mit steigenden minimalen Dosen besteht in Kutanimpfungen von Extrakten von Wolle, Federn, Hautsekreten verschiedener Tiere, Haaren, Pollen, Medikamenten, Eiweißstoffen, je nachdem zuvor durch die Kutireaktion der eine oder andere dieser Stoffe als Urheber der Überempfindlichkeit entdeckt wurde. Die nichtspezifische Desensibilisierung benutzt die Mittel der Proteinkörpertherapie: Mikrobeneiweiß, große Dosen Eigenserum intravenös bei Hämoglobinurie, kleine steigende Dosen von Eigenserum bei Urtikaria, Quinckeschem Ödem, Heuschnupfen, intravenöse Einspritzungen von Natriumkarbonat bei verschiedenen kolloidoklasischen Krankheiten, Pepton. Nur in äußersten Notfällen kommt die Therapie durch den Chok in Betracht, bei der in brüsker Weise das kolloidale Gleichgewicht durch große Dosen bei meist intravenöser Verabreichung von Vakzinen, Albumose, Pepton, kolloidalen Metallpräparaten zerstört wird; es wurden damit ausgezeichnete Erfolge bei Typhus und Sepsis erzielt, doch auch plötzliche Todesfälle beobachtet. Dem Wesen nach kann man die kolloidoklasischen Vorgänge, die unter dem Namen Choc par contact zusammengefaßt werden, einteilen in den Choc humorale, unmittelbar nach der auslösenden Ursache zustande kommend, im allgemeinen dem Chok nach Erstinjektionen entsprechend, und den Choc cellulaire, zu dessen Zustandekommen eine gewisse Zeit erforderlich ist, mehr oder weniger identisch mit dem anaphylaktischen Chok. Physikalisch-chemisch sind beide Formen bedingt entweder durch Flockenbildung oder durch Lösung der zelligen Elemente des Blutes; der Chok mit Flockung ist der praktisch weitaus häufigste. Eine dritte Art ist der Choc thromboplastique, durch Injektion von feinen Suspensionen. Für die Rolle der Flockenbildung bei den Chokerscheinungen spricht auch die Tatsache, daß Salvarsan in saurer Lösung Serum fällt, während eine alkalische Lösung die Fällung verhindert; mit Rücksicht darauf wurde gegen Salvarsanzufälle mit gutem Erfolg Natriumhyposulfit gegeben. Auch den Lipoiden wird an dem Zustandekommen des Choks eine große Rolle beigemessen, durch die die Permeabilität der Zellen reguliert wird. Neben den neuen Anschauungen wesentlich französischer Forscher, die die physikalischen Änderungen des Plasmas in den Vordergrund des Geschehens stellen, dürfen jedoch die reaktiven Veränderungen einzelner Zellen und Organgruppen nicht vergessen werden, bezüglich deren die deutsche Auffassung der Protoplasmaaktivierung wertvolle Resultate zeitigte.

E. Levin-Berlin.

Der Leukozytensturz nach Intrakutaninjektion und bei der Widalschen Hämoklasenkrise — eine Reflexwirkung des autonomen Systems, von E. F. Müller-Hamburg. (M. m. W., 1922, Nr. 51, S. 1753.) Durch den Nachweis, daß nach intrakutaner Injektion von Aolan, physiologischer Kochsalzlösung, Traubenzucker, selbst Luft der gleiche Leukozytensturz eintritt, wie bei Leberschädigungen im Anschluß an alimentäre Reizungen sie Widal gefunden hatte, stürzte die Erklärung von dem Zustandekommen der Widalschen Hämoklasenkrise auf Grund fehlender proteopektischer Eigenschaften der Leber im Sinne Widals zusammen. Die von Widal gemachten Beobachtungen wie diejenigen des Verf.s stellen einen in sich gleichartigen Vorgang dar. Bei intrakutanen Injektionen kommt ein Vagusreiz zustande, der eine Vasodilatatorenreizung bewirkt. Man kann den Leukozytensturz verhindern, wenn man der intrakutanen Injektion eine Injektion von Stoffen vorausschickt, welche im Sympathikusgebiet den Tonus erhöhen oder das Vagusgebiet lähmen. Für das Zustandekommen des Verschiebungsreflexes durch unspezifische Intrakutanreaktionen ist also neben der Haut ein intaktes und reizfähiges Vagussystem notwendig, und zwar muß der Vagustonus den des Sympathikus überwiegen. Weitere Versuche zeigten, daß, wenn man die Quaddelbildung in

Digitized by Google

der Haut durch Gifte verzögert, auch der Leukozytensturz verzögert wird, und daß der Reiz etwa so lange wirksam bleibt, wie die Quaddel in der Haut stehen bleibt. Es handelt sich bei dem Leukozytensturz um eine unter Mitwirkung der Haut als unerläßliche Bedingung zustande kommende Reizung des Vagusanteils des autonomen Systems, dessen Auswirkung vielleicht neben anderen, uns unbekannten Effekten, zu einer Vasodilatation der im Splanchnikusgebiet liegenden Gefäße führt. Die Gefäßwandänderung bewirkt, wie mit Sicherheit angenommen werden darf, eine auch sonst beobachtete Anreicherung der Leukozyten in den von der Erweiterung betroffenen Gebieten, die die entsprechende Leukopenie des peripherischen Blutes zwanglos erklärt. Der alimentäre Reiz ruft im Unterleib Vagusreizung hervor, die durch sympathische Antagonisten reguliert wird. Ist aber das vegetative System zerstört — und dieses kommt nicht nur bei Lebererkrankungen vor —, so kann sich der Vagusreiz auswirken und es kommt zur Leukopenie. Durch künstliche Stärkung des Sympathikustonus kann man auch die alimentäre Leukopenie ausschalten; denn die Erweiterung der Gefäße des Splanchnikusgebietes bleibt dann aus. Die Verwendung des Verschiebungsreflexes im Sinne der Widalschen Hämoklasentheorie ist daher für die Diagnostik der Leberkrankheiten endgültig abzulehnen. A. v. Notthafft-München.

Leukozytensturz infolge unspezifischer Intrakutanimpfung (Weiterer Beitrag zum Thema: Die Haut als immunisierendes Organ), von E. F. Müller, Med. Univ.-Polikl. Hamburg. (M. m. W., 1922, Nr. 43, S. 1506.) Im unmittelbaren Anschluß an Intrakutaninjektionen von Aolan stürzt in den Kapillaren der Körperfläche und den großen Venen und Arterien der Extremitäten die Leukozytenzahl von 8000 auf 4000. Die Abnahme betrifft ausschließlich die neutrophilen Zellen myeloischer Abstammung. Der Rückgang auf $^1/_3$—$^1/_2$ der Anfangswerte bleibt derselbe, auch wenn Krankheiten mit Hyperlymphozytose oder Leukopenie vorliegen oder auch eine experimentelle Leukozytose. Die Leukämien verhalten sich anders. Zwischen der Haut und den weißen Blutzellen bestehen also unmittelbare Beziehungen. Die Leukozyten sammeln sich offenbar in den inneren Organen an. Anlegung von mehr Quaddeln ergibt keine erhöhten Resultate. Verf. glaubt, daß die intrakutane Impfung eine sofortige Umstimmung der Gesamthaut bewirkt. Ähnlich wie Eiweißstoffe wirken Salzlösungen. Subkutane Einspritzungen sind wirkungslos. A. v. Notthafft-München.

Über die Verhütung der Serumkrankheit durch heterologe Antigene, von R. Kraus-Butantan San Paolo. (M. m. W., 1922, Nr. 45, S. 1566.) Rinderserum erzeugt bei einmaliger Einspritzung viel weniger Serumkrankheit und in viel milderer Form als Pferdeserum. Der Einspritzung von Pferdeserum vorausgeschicktes Rinderserum schwächt die auf ersteres folgende Reaktion ab. Daher soll man präventive Sera (Diphtherie, Tetanus) nur mit Rinderseris bereiten, kurative aus Pferdesera, aber hier normales Rinderserum zur Vermeidung der Serumkrankheit vorausschicken. (Das Rind bietet keine so starke Ausbeute an Serum wie das Pferd.) A. v. Notthafft-München.

Anaphylaxie bei Proteinkörpertherapie, von Neumann-Spengel-Schwanheim. (D. m. W., 1922, Nr. 52, S. 1727.) Verf. beobachtete einen Fall von Anaphylaxie (Urtikaria, schwere Atemnot) nach Injektion von Fulmargin, das nach Angaben des Herstellers aus vollkommen indifferenten eiweißfreien Substanzen besteht. F. Harry-Wiesbaden.

Umstimmung des Zellstoffwechsels als Grundlage pathologischer Reaktionen, von A. Gottschalk-Würzburg. (Kl. W., 1923, Nr. 3, S. 109.) Der Zellchemismus der normalen und der pathologisch veränderten Zelle wird durch parenterale Eiweißzufuhr beeinflußt. Und zwar findet sich sowohl nach ein- wie auch nach mehrmaliger Injektion von Eiweiß und seinen Abbauprodukten, besonders von Albumosen, bei Tieren, die auf eine konstante Stickstoffausfuhr eingestellt sind, eine Stickstoffausscheidung, vor alem in nichtkoagulabler Form, die quantitativ die aufgenommene Stickstoffmenge übertrifft. Bakterieneiweiß wirkt in dieser Beziehung am stärksten. Dieser Eiweißüberschuß in der ausgeschiedenen Menge stammt nach den Versuchsergebnissen in erster Linie aus einem durch die parenterale Zufuhr bedingten Zerfall des eigenen Lebereiweiß. Es werden somit durch die parenterale Eiweißzufuhr die Eiweißregulationsvorgänge innerhalb der Zelle gestört. Unter die Erkrankungen, die ein Spiegelbild dieser durch Tierversuche erwiesenen Tatsachen abgeben, gehören u. a. das Fieber, die Idiosynkrasie, bei der z. B. die Entstehung des Asthmas als Überempfindlichkeitsreaktion auf Zufuhr artfremder Eiweißstoffe anzuführen ist, und die im Verlaufe von Serum- und Vakzineinjektionen auftretende Allergie (Tuberkulin, Trichophytin, Mallein usw.). Der jeweilige Zustand der Zelle ist ausschlaggebend für die Stärke der Beantwortung eines Reizes.
E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

In-Vitro-Versuche über Eosinophilie. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Blutgerinnung und der Fibrinbildung, von EMIL LIEBREICH-Bern. (Kl. W., 1923. Nr. 5, S. 194.) Ließ Verf. unter einer bestimmten Versuchsanordnung Blut in einem Sedimentiergläschen gerinnen und las er den Versuch zu einer bestimmten Zeit ab, so konnte er feststellen, daß in einem zu diesem Zeitpunkt aus einer genau angegebenen Schicht entnommenem Präparat ungefärbt und gefärbt sich in vorher nicht geahnter Menge eosinophile Leukozyten und CHARCOT-LEYDENsche Kristalle finden. Diese beiden Erscheinungen sind aber nur in der von ihm genau bestimmten Phase anzutreffen, jedoch weder vorher noch nachher. Als Ergebnis seiner Untersuchungen kann man wohl sagen, daß das Auftreten der Eosinophilie in vorher anscheinend nicht eosinophilem Blute als ein Kristallisationsvorgang in den Leukozyten und die CHARCOT-LEYDENschen Kristalle als ein Zellsekret aufgefaßt werden. Durch diesen Nachweis sind auch die beiden anscheinend weit voneinander entfernt stehenden Theorien zu erklären, von denen die eine die Blutgerinnung durch von den Leukozyten stammende Sekretionsstoffe, die andere durch eine Kristallisation erklären will. Die Befunde des Verf. scheinen zwischen den beiden Theorien eine Brücke zu bauen und zu zeigen, daß „unsere ‚Eosinophilie' nichts anderes ist als der Ausdruck einer sehr engen und bisher unbekannten Beziehung zwischen der Muttersubstanz der eosinophilen Granula (und der CHARCOT-LEYDENschen Kristalle) und dem Fibrin". E. Langer-Berlin.

Über den Zusammenhang innerer Krankheiten mit Hautkrankheiten, von S. EHRMANN-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 42, S. 1686/93.) Fortbildungsvortrag.
H. Soltmann-Leipzig.

Die Entzündungsfrage und die Histophysik, von R. THOMA-Heidelberg. (Virch. Arch., Bd. 238, S. 366.) Verf. war schon vor 40 Jahren mit der Ablehnung des Entzündungsbegriffes hervorgetreten und definierte späterhin in seinem Lehrbuch (Die allgemeine pathologische Anatomie, Stuttgart 1894) die Entzündung — falls man diesen Begriff beibehalten will — als einen lokalen Erkrankungsvorgang, welcher sich zusammensetzt aus Kreislaufstörungen und aus regressiven und progressiven Metamorphosen der Gewebe. Die symptomatischen Definitionen der Entzündung sind ungenau und sagen zugleich, ihrer Entstehung entsprechend, nichts aus über das Wesen des Entzündungsvorganges; sie sind daher nicht imstande, die Berechtigung des Entzündungsbegriffes nachzuweisen. Die teleologisch-mechanischen Definitionen der Entzündung beruhen auf subjektiven Auffassungen und führen daher ab von dem rein induktiven Wege der Forschung. Die rein kausale, auf die Nervenwirkungen begründete Definition erscheint zwar einheitlich und konsequent, ist aber kaum als einwandfrei anzuerkennen und bietet außerdem keine scharfe Trennung gegen normale Vorgänge einerseits und viele pathologische andererseits. Das Aufgeben des Entzündungsbegriffes führt auf den Weg der rein induktiven Forschung, auf welchen die Lehrer verpflichtet seien, ihre Schüler und Nachfolger zu leiten. An die Stelle der Entzündungslehre tritt dann die rein kausale Auffassung der Krankheitsvorgänge; bei dem unvollkommenen Stand unserer Kenntnisse schließt aber die rein kausale Auffassung derselben nicht aus, daß man, der Kürze des Ausdrucks halber, vorläufig noch an einzelnen Stellen von Abwehr und Verteidigung spricht. Die Histophysik hat nicht die Aufgabe, an die Stelle der Entzündungslehre zu treten, sondern stellt nur eine der Methoden der induktiven Forschung dar und kann keineswegs auf alle Fragen eine befriedigende Antwort geben. Wie bisher muß die Pathologie daher auch alle anderen Methoden der induktiven Forschung heranziehen. Die Histophysik beschäftigt sich vorwiegend mit den Gesetzen der Gewebsneubildung und des Gewebsschwundes; sie ist daher imstande, bezüglich derselben auf induktivem Wege einen Teil jener Fragen besser zu beantworten, welche die Entzündungslehre durch unzweifelhaft geistreiche Theorien zu lösen versuchte. An die Stelle der Theorie der Gewebsreizung tritt hier das induktiv nachgewiesene Gesetz, während sich zugleich für dieses Gebiet die Unzulänglichkeit der Entzündungstheorie in sehr auffälliger Weise bemerkbar macht. Gleichzeitig mit der Histophysik muß jedoch auch die zelluläre und morphologische Forschung, die chemische Analyse, die bakteriologische Untersuchung und klinische Beobachtung, welche für die Pathogenese so große Bedeutung erlangt haben, ungehemmt weiterschreiten: das Zusammenwirken aller Formen der induktiven Geistesarbeit ist zur Erreichung des gemeinsamen Zieles notwendig. Die Histophysik wird sicher noch vielen Aufgaben gewachsen sein, die heute noch dunkel und unangreifbar erscheinen, ohne aber vielleicht das letzte Ziel der induktiven Forschung zu erreichen. In einer viel

Digitized by Google

späteren Zeit wird sie möglicherweise, unter Aufrechterhaltung ihrer induktiv gewonnenen Errungenschaften, von einer molekularen Mechanik abgelöst werden.

M. Stern-München.

Über Intimafibromatose von Venen, von E. Hedinger-Basel. (Frankf. Zschr. f. Path., 1922, Bd. 27, S. 91—97.) Prinzipiell wichtige Beschreibung eines Falles, aus dem hervorgeht, daß in einem gutartigen Fibrom auch in der Intima der Venen eine fibromatöse Wucherung stattfindet, die allmählich zur Zerstörung der elastischen Elemente der Gefäßwand führt, so daß schließlich das Gefäß mikroskopisch nur als spaltförmiges Lumen mit Endothelbekleidung imponiert, auf die direkt das Tumorgewebe folgt. Eigentümlich ist die auch bei der Intimasarkomatose vor 20 Jahren von H. und später von Marro beschriebene Resistenz des Endothels. Es handelt sich also um einen sowohl das kutane Bindegewebe wie auch die Intima der Venen in gleicher Weise betreffenden blastomatösen Wachstumsreiz, dessen zeitlicher Zusammenhang dahingestellt bleibt. F. Jacobsohn-Berlin.

Die Wirkung des Adrenalin auf den menschlichen Blutdruck und Blutzuckerspiegel bei verschiedener Anwendungsart, von P. Schenk und A. Heimann-Trosien. (Zschr. f. d. ges. exp. Med., Bd. 29, H. 5/6, S. 401—410.) Adrenalin erweist sich trotz starker Alkaliempfindlichkeit im subkutanen Gewebe und Blute des Menschen schwer und langsam abbaufähig. Adrenalin wird in den Kapillaren abgebaut (wahrscheinlich in den Endothelien). Wieweit die großen Drüsen im Abdomen bei dem Abbau beteiligt sind, entzieht sich noch der Kontrolle. Subkutan ergibt Adrenalin bei jedem Individuum andersartige Kurven, zwischen 5—58 mg Hg. Der Blutzuckerspiegel steigt bis 0,108%, der Höhepunkt ist 45—75 Minuten nach der Injektion. Basedowkranke zeigten dabei keineswegs immer besonders starke Reaktionen. Bei intravenöser Injektion ist der Erfolg noch wechselnder, bald starke Erhöhung, bald starke Senkung des Blutdruckes. Die Erhöhung des Blutzuckerspiegels entspricht weniger der Höhe der Druckschwankung im Blute als vielmehr der injizierten Adrenalinmenge. Die intraarterielle Injektion gibt ganz andere Resultate als die intravenöse, sie sind der subkutanen ähnlich, doch steigt der Blutzuckerspiegel bedeutend weniger. Beachtenswert ist, daß 1,0 mg oft beschwerdenlos ertragen wird. Die Nebenerscheinungen sind starke Blässe in dem von der Arterie versorgten Gebiet, Akroparästhesien, ischämische Schmerzen und Schmerzen entlang der Arterie, was als Beweis anzusehen ist, daß die spastisch stark kontrahierte Arterie an sich schmerzhaft ist. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Verhalten der Sensibilität der Haut nach Durchschneidung des Nervus intercostobrachialis bei Mammaamputation, von Lothar Franz-Breslau. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 127, H. 3, S. 641—646.) Entweder tritt nach einer gewissen Zeit eine völlige Wiederherstellung sämtlicher Empfindungsqualitäten ein oder die Regeneration unterbleibt völlig. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Beobachtungen und Untersuchungen am schweißlosen Individuum, von Werner Siebert. (Zschr. f. kl. M., 1922, Bd. 94, S. 317—330.) Verf. berichtet von einem normal entwickelten 18jähr. Mädchen, WR ++++, Vater starb an progressiver Paralyse. Lippen borkig belegt, Mund- und Zungenschleimhaut fast trocken, Speichelsekretion sehr gering. Der Konjunktivalsack beiderseits enthält fast keine Tränenflüssigkeit, auch bei verschiedenartigster Reizung keine Tränenvermehrung. Die Haut ist makroskopisch normal, jedoch völlig trocken, auch zwischen Zehen und in den Achselhöhlen. Erwärmung im Heißluftkasten auf 40,5° 22 Minuten lang erwirkt keine Schweißsekretion, ebenso nicht Pilokarpin 0,01 subkutan. Talgdrüsensekretion ist an den verschiedensten Körperstellen nachweisbar. Die Knäuel der Schweißdrüsen zeigen viel weniger Windungen als bei der gesunden Haut. Sie enthalten eine feingekörnte homogene Masse, mit Hämalaun-Eosin dunkelviolett gefärbt. Die Epithelzellen erscheinen in den erweiterten Drüsenstücken platt gedrückt. Die Ausführungsgänge zeigen teilweise ampulläre Erweiterungen, die von derselben homogenen violetten Masse erfüllt sind. Vor der Masse sitzt ein Pfropf von lamellösem Bau, nach Gram deutlich blau gefärbt. Talgdrüsen sind normal entwickelt, Haarfollikel etwas spärlich. Im ganzen ist die Epidermis etwas schmäler als bei der gesunden Vergleichsperson. Verf. nimmt an, daß es sich um eine Keimschädigung des Ektoderms handelt, die die Schweißdrüsen und die ebenfalls ektodermal gebildeten Speichel- und Tränendrüsen so beeinflußt hat, daß diese nur wenig sezernieren. Während nun an den Tränen- und Speicheldrüsen diese geringe Sekretion erhalten geblieben ist, hat sich an der Haut, wo schon physiologisch Horn gebildet wird, infolge der mangelhaften Ausspülung in den Schweißporen eine Hyperkeratose eingestellt. Histologische Tränen- und Speicheldrüsenuntersuchungen zur Bestätigung dieser Annahme konnten leider nicht gemacht werden. G. Assmann-Barmen.

Digitized by Google

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Die allgemeine Therapie der Hautkrankheiten, von Otto Kren-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 12/13, S. 606.) Besprechung von Indikation und Anwendung antiphlogistischer und mazerierender Mittel. Für den Dermatologen nichts Neues.

E. Langer-Berlin.

Brauchbarkeit „bioskopischer" Methoden für die Beurteilung der Gewebswirkung chemotherapeutischer Antiseptika, von F. Munter, Abt. f. Chemother. d. Inst. „Robert Koch", Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 22, S. 698—699.) Bei der bioskopischen Methode soll die Gewebswirkung der Antiseptika quantitativ im Reagenzglas bestimmt werden. Und zwar wurde von Keysser u. a. die Eigenschaft von Gewebsstückchen benutzt, daß diese aus wasserklaren Lösungen von Kalium tellurosum durch Reduktion das Tellur als graue bis schwarze Niederschläge an ihrer Oberfläche ausfällen. Totes oder durch Kochen abgetötetes Gewebe soll nach Keysser diese Reduktionsfähigkeit verlieren. Ausbleiben oder Hemmung der Reduktion nach Vorbehandlung der Gewebsstücke mit Antiseptizis (Vuzin, Trypaflavin) deutet demnach den Grad der Schädigung an. Verf. ist es nun gelungen, experimentell nachzuweisen, daß die ganzen Voraussetzungen falsch sind, denn die Reduktionsfähigkeit ist nicht nur dem lebenden Gewebe eigen; auch totes Gewebe kann sie besitzen. Somit läßt sich die Wirkung der Antiseptika auf diese Weise nicht bestimmen.

A. de Lemos-Hamburg.

Zur Ursache der Wasseraufnahmefähigkeit tierischer Fette, insbesondere des Wollfettes, von J. Lifschütz-Hamburg. (Hoppe-Seylers Zschr. f. physiol. Chemie, 1921, Bd. 114, S. 108.) In einer ausführlichen Arbeit teilt Verf. seine Studien zur obigen Frage mit. Der Hauptträger der Hydrophilie des Wollfettes ist das „Metacholesterin", das entweder durch Entbromung des Cholesterinbromids oder durch Behandlung einer 2%igen Cholesterinlösung in 95% Spiritus mit Benzoylsuperoxyd gewonnen wird. Vom Cholesterin ist es durch Schmelzpunkt, Löslichkeit, Kristallform u. a. unterschieden. In einer 2%igen Mischung mit Vaseline beträgt die maximale Wasseraufnahmefähigkeit über 500% Wasser. Vielleicht tragen in Gegenwart des „Metacholesterins" auch andere Körper (z. B. neutrale Ester, saure Bestandteile) noch zur Hydrophilie bei. Für die Wertbestimmung des Wollfettes dient als Indikator der Hydrophilie die Essigschwefelsäurereaktion, deren Anstellung im Original eingesehen werden muß.

E. Langer-Berlin.

Zur intravenösen Anwendung öliger Substanzen, von Lenzmann-Duisburg. (M. Kl., 1922, Nr. 51, S. 1614.) Um eine Überladung der Lungenkapillaren mit Fettembolie zu vermeiden, verwendet Lenzmann hochprozentige Terpentin-Kaseosanemulsionen. Im Gegensatz zu den Autoren, die 2—5 ccm 10%iges Terpentinöl intravenös geben, braucht er z. B. von einer 25%igen Emulsion nur 0,5 ccm zu injizieren, um 0.25 Öl, d. h. 0,125 Ol. terebinth. einzuverleiben. Um eine Thrombenbildung an der Einspritzungsstelle zu vermeiden, kommt es darauf an, daß die Nadelspitze tatsächlich im Venenlumen und nicht etwa in der Wandung liegt.

F. Landauer-Berlin.

Zur Lehre von der Fettembolie, von C. Wegelin-Bern. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 6.) Aus Versuchen mit intraperitonealen, intrapleuralen und subkutanen Injektionen von Olivenöl bei Kaninchen und Meerschweinchen ergab sich, daß eine stärkere Fettembolie durch die Einschaltung von Lymphdrüsen verhindert wird, daß daher die Fettresorption auf dem Lymphwege früher weit überschätzt worden ist, vielmehr die Verschleppung auf dem Blutwege die Hauptrolle spielt. Bei intravenöser Injektion sind die Folgen der Embolie im großen Kreislauf von der Art des Fettes, seiner Menge, von der Dehnbarkeit der Lungenkapillaren und von der Herzkraft abhängig. Bei einer Embolie mit Kaninchenfett kommt es stets zum pulmonalen Tod, während die Embolie von Olivenöl oder Menschenfett entweder einen pulmonalen oder einen kardialen oder einen zerebralen Tod zur Folge hat. Bezüglich des arteriellen Blutdruckes ergaben die Versuche, daß er in hohem Grade von den Verhältnissen im kleinen Kreislaufe unabhängig ist. Daß das menschliche Fett den kleinen Kreislauf passieren und in das linke Herz übertreten kann, zeigen neben den Versuchen auch drei tödlich verlaufene Fälle von Fettembolie beim Menschen, auf Grund deren auch bestritten wird, daß eine hochgradige Fettembolie im großen Kreislauf nur bei offenem Foramen ovale zustande kommt. Bei den nach einer Fettembolie stattfindenden Resorptionsvorgängen handelt es sich um korpuskuläre Ausscheidung des Fettes in die Lungenalveolen, ferner um Verseifungserscheinungen, wobei art- oder körpereignes Fett viel besser aufgespalten wird als körper-

Digitized by Google

fremdes, schließlich Resorption durch aktive Zelltätigkeit, wobei die Leukozyten des Blutes sich beinahe unbeteiligt zeigten, hingegen kam es zu deutlicher Wucherung der Endothelien der Lungenkapillaren und der kleinen Arterien, sowie zur Bildung von Fremdkörperriesenzellen. Auch an den Alveolarepithelien herdweise in der Umgebung der Embolie oft sehr starke Verfettung. Die Organe des großen Kreislaufes vermögen einen Teil des zirkulierenden arteigenen Fettes aus dem Blute aufzunehmen.

E. Levin-Berlin.

Injektionsepithelisierung nach Pels-Leusden. Ein neues Verfahren granulierende Flächen und Wunden zu überhäuten, von Karl Reschke-Greifswald. (Bruns Beitr. z. kl. Chir., 1922, Bd. 127, H. 3, S. 647—656.) Als Ersatz der Epithelisierung granulierender Flächen durch das Thiersche Verfahren gibt der Verf. die Pels-Leusden-Methode an, die sich andererseits Braun-Mangoldt anschließt. Nach Abschiebung der oberflächlichen verhornten und nicht gebrauchsfähigen Schichten wird proliferationsfähiges Epithel der tieferen Schichten gemischt mit Blut und Serum mittels einer hierzu konstruierten Spritze injiziert und unter die Granulationen gebracht. Die Erfolge sind sehr gut. Verf. bringt einige instruktive mikroskopische Bilder. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über die therapeutische Verwendung einiger Metallsalzemulsionen, von Paul Saxl-Wien. (M. Kl., 1923, Nr. 2.) Emulsionen schwer löslicher Metallsalze (AgCl, HgCl), in genügender Feinkörnigkeit suspendiert, wirken annähernd ebenso stark desinfizierend wie eine Lösung von Salzen gleicher Ag- bzw. Hg-Konzentration. Derartige Emulsionen wurden in haltbarer Form hergestellt, sie wirken auf der Haut, auf Schleimhäuten und Wunden völlig reizlos und dürften sich hier für die Zwecke der Desinfektion gut eignen. Bei Darreichung per os wird Kalomelsuspension schon in kleinen Dosen gut resorbiert; auch die AgCl-Resorption vom Darme her erscheint möglich.

E. Levin-Berlin.

Neue Arzneimittel und Präparate, von Willy H. Crohn, Rudolf-Virchow-Krankenhaus Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 2.) Aus der Zusammenstellung von im letzten Jahre geprüften Mitteln interessieren 1. Hexal und Neohexal, brauchbar für alle Erkrankungen des Urogenitalsystems; bei Magenbeschwerden ist Neohexal besser verträglich. 2. Dijodyl bei Lues, Arteriosklerose, 1—3 mal täglich 1—2 Tabletten oder bei Magenstörungen lieber Kapseln. Es ist ausgezeichnet durch gute Verträglichkeit, Ausnutzbarkeit und Resorbierbarkeit und verhältnismäßige Sparsamkeit. E. Levin-Berlin.

Über unspezifische Protoplasmainaktivierung als Heilfaktor unter besonderer Berücksichtigung der Kalziumtherapie, von J. Burmeister. (Zschr. f. kl. M., 1922, Bd. 95. H. 4—6, S. 237—281.) Die sehr übersichtliche Arbeit handelt im wesentlichen vom Ioneneinfluß der protoplasma-inaktivierenden Salze, unter denen das Kalzium eine besondere Rolle spielt. Sein Einfluß bei lokaler und sonstiger Anwendung auf Stoffwechsel, Nervengewebe, vegetatives Nervensystem, Magen, Ödeme usw. wird ausführlich besprochen. Wenn die protoplasma-aktivierenden Stoffe wie Proteine klinisch Wirkungen hervorbringen, wie sie der Hyperthyreodismus bietet, so entsprechen cum grano salis die protoplasma-inaktivierenden Substanzen (Schwer- und alkalische Erdmetalle, Chinin, vielleicht auch Farbstofflösungen usw.) dem Bilde der Myxödeme. Praktisch folgt vor allem daraus, daß man Thyreoidismus und basedowähnliche Erkrankungen mit Kalzium behandeln kann. E. Sklarz-Berlin.

Haben parenteral einverleibte Proteinkörper und Nichteiweißkörper („Reizkörper") dieselbe Wirkung auf den intravitalen Eiweißabbau in der Leber?, von H. Löhr, Med. Klinik Kiel. (Zschr. f. d. ges. exper. Med., Bd. 30, H. 1—6, S. 344—346.) Nach dem Verfahren von Hashimoto und Pick, die fanden, daß unter gleichen Bedingungen das Verhältnis von unkoagulablem Stickstoff zum Gesamtstickstoff in Meerschweinchenlebern nur ganz geringen Schwankungen unterliegt und daß nach Proteinkörperinjektion sich dies Verhältnis wesentlich verschiebt, hat Verf. die entsprechenden N-Werte bei Meerschweinchen nach unspezifischer Reizkörperinjektion nachgeprüft. Er fand, daß eine Verschiebung des Verhältnisses von Rest-N zum Gesamt-N nach Injektion von Nichteiweißkörpern nicht eintritt und glaubt damit erwiesen zu haben, daß Nichteiweißkörper bei parenteraler Einverleibung ganz anders an den Organen wirken wie Eiweißkörper; ein Punkt, der bei Anwendung dieser Therapie berücksichtigt werden sollte.

G. Kapferer-Heidelberg.

Defibriniertes Eigenblut in der Reiztherapie, von B. Spiethoff-Jena. (M. m. W., 1922, Nr. 27, S. 1003.) Erfolge bei Trichophytia profunda, Dermatitis, Sklerodermie, Lupus erythematodes disseminatus, gonorrhoischer Erkrankung der Vorsteher- und Bartholinischen Drüsen, der Nebenhoden und der Gelenke Bubo, katarrhalische Angina,

Digitized by Google

Lichen ruber und selbst bei Adnexreizung einer Schwangeren. Keine oder unsichere Erfolge bei Psoriasis, Pruritus, Urtikaria und Ekzem. Bei letzterem gern unerwünschte Reizerscheinungen. Dosis 1—20 ccm endovenös, wöchentlich 1—3 mal. Gegen vasomotorischen Symptomenkomplex Einspritzung unter Narkophinwirkung (3 Teilstriche) oder endovenöse $CaCl_2$-Zufuhr. A. v. Notthafft-München.

Über Kutanimpfungen nach Ponndorf bei verschiedenen Hautkrankheiten, von L. Göbl und Leonhard Voigt-Nürnberg. (M. m. W., 1922, Nr. 44, S. 1534.) Kein Erfolg bei chronischem Ekzem, Lupus erythematodes und Psoriasis. Erfolge bei Skrofuloderma, nicht bei Tuberculosis verrucosa cutis. Die Ponndorfsche Idee der aktiven Immunisierung des erkrankten Körpers an der Stachelzellenschicht der Haut wäre einer Nachprüfung wert. A. v. Notthafft-München.

Der Schwefel in der äußeren dermatologischen Therapie (Le soufre dans la thérapeutique dermatologique externe), von R. Sabouraud. (Pr. méd., 1922, Nr. 101, S. 1094.) Vermöge welcher Eigenschaften und auf welche Weise wirkt der Schwefel bei äußerer Applikation bei so vielen verschiedenen Dermatosen? Sabouraud erinnert bei dieser Fragestellung an die Krätze, die Sykosis an der Lippe und an der behaarten Kopfhaut, die Bockhardtsche Impetigo, die Hydrosadenitis sudoripara, Seborrhoe, die Brocqsche Pseudopelade oder Alopecia parvimaculata u. a. Abgesehen von seiner parasitiziden Wirkung, die sich sowohl auf die Krätzemilben wie auch auf Streptokokken und Staphylokokken zu erstrecken scheint, hat der Schwefel offenbar eine besondere Affinität für die anatomischen Bestandteile der Haarfollikel, mag man das Medikament in Salbenform, als Puder oder in Lösung anwenden. Besonders wirksam bei der fettigen Seborrhoe der behaarten Kopfhaut hat sich die Lösung des Schwefels (oktaedrisch) in Schwefelkohlenstoff (3 : 300) trotz aller Nachteile, wie Feuergefährlichkeit und übler Geruch, erwiesen; aber das Wie bietet dabei wie bei dieser ganzen Frage noch viele ungelöste Rätsel. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Anwendungsmöglichkeiten der schwefligen Säure (SO_2) in der Humanmedizin, von Arthur Samuel-Berlin-Britz. (Allg. m. Zztg., 1922, Nr. 50—52.) Empfehlung der Präparate Thiostan und Thiostan pro balneo, das sich in heißem Wasser unter Abscheidung von Schwefel und Entwicklung von Schwefeldioxyd leicht löst und besonders durch die hierdurch ausgeübte Hyperämiewirkung ausgezeichnet ist. Gute Wirkungen wurden mit Thiostanbädern, -verbänden und -streupulver bei Unterschenkelgeschwüren erzielt, mit Thiostanwaschungen bei Kopfläusen, mit Streupulver bei oberflächlichen Hautwunden, Abschürfungen. E. Levin-Berlin.

Die Verwendung des Mitigals (Bayer) als Schwefelpräparat, von Levy-Lenz-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 7, S. 221.) Ersatz für Schwefelsalben. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Wirkung parenteral verabfolgten Schwefels, von Robert Meyer-Bisch. (Zschr. f. kl. M., 1922, Bd. 94, S. 237—267.) Eine größere Anzahl Stoffwechselversuche, die sowohl an klinischem Material wie an Tieren angestellt wurden, ergeben, daß die Stoffwechselwirkung einer Injektion von 5 mg S, von Milch, Aolan und Sanarthrit bis auf Einzelheiten völlig identisch ist. Alle diese Substanzen setzen tiefgreifende Veränderungen des endogenen Eiweißstoffwechsels. Nach Injektion von 5 mg S zeigt die Stickstoffausfuhr eine leichte Abnahme. Die absolute und relative Neutralschwefelausscheidung nimmt zu. Im Urin treten gepaarte Glykuronsäuren und Urobilin vorübergehend in vermehrter Menge auf. Diese Vorgänge sind begleitet von einer Retention von Wasser und Kochsalz, die zu einer Gewichtszunahme führt und die Blutzusammensetzung im Sinne einer Verdünnung des Serums und einer Zunahme des Serumkochsalzspiegels verändert. Im Gegensatz zur Wirkung kleiner Schwefelmengen steht die großer Dosen. 100 mg S bewirken Steigerung der Stickstoffausfuhr mit absoluter und prozentualer Abnahme des Neutralschwefels, also Zeichen eines starken Eiweißzerfalls, ferner hochgradige Wasserausscheidung. Der in wenigen Stunden herbeigeführte Gewichtssturz wird nur langsam repariert, trotzdem bald unter Blutverdünnung eine Retention von Wasser und Kochsalz eintritt. G. Assmann-Barmen.

Erfahrung mit Thigenolseife, von Wunsch-Berlin. (Allg. m. Zztg., 1922, Nr. 50—52.) Vorteile sind Geruchlosigkeit und bequeme, schmutzlose Anwendung. Gute Erfolge bei Pityriasis rosea, ausgedehnten seborrhoischen Ekzemen. E. Levin-Berlin.

Über die Reizwirkungen von Waschseifen und deren Beseitigung, von C. Siebert-Charlottenburg. (M. Kl., 1922, Nr. 33, S. 1059—1060.) Für die durch Seifenwaschungen auftretenden Reizwirkungen sind neben dem durch Hydrolyse frei werdenden Alkali auch

Digitized by Google

andere dabei auftretende Verbindungen (wie neutrale Seifen, freie Fettsäuren, saure Seifen) verantwortlich zu machen. Die Reizwirkungen lassen sich nach den praktischen Erfahrungen mildern durch Überfetten der Seifen, Zusatz von Eiweißstoffen, Zusatz von Pflanzenschleimstoffen. G. Haymann-Elbing.

Die Vasogene in der Dermatologie, von C. Stoeber-Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 3, S. 78.) Verf. hat gute Resultate gehabt namentlich bei Verwendung von Vasogen in Verbindung mit Jod, Ichthyol, Jodoform, Menthol und Quecksilber.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Teerbehandlung von Hautkrankheiten, von K. Hirschheimer und W. Born-Frankfurt a. Main. (Ther. d. Gegenw., 1923, H. 1, S. 24—27.) Teer hat sich völlig wirkungslos beim Lichen ruber planus und beim Pruritus gezeigt. Als vorzüglichste Indikation für die Teerbehandlung sind zu nennen das Ekzem nach Abklingen des akuten Stadiums, das chronische Ekzem, Neurodermitis, Psoriasis, ferner auch noch Dermatitis herpetiformis Duhring und Pemphigus. Besonders anerkennend besprochen werden die Präparate Ruscinol, Carboterpin, Carboneol, Cadinol, Fulicinol.

G. Assmann-Barmen.

Diachylon (Le diachylon), von H. Leclerc. (Presse méd., 1920, Nr. 80, S. 1677.) Das Diachylonpflaster war schon im Altertum bekannt. Servilius Demokrates, der von Galen lobend erwähnt wird, gab eine komplizierte Vorschrift zur Herstellung desselben und rühmte in einem längeren Gedicht die von Menekrates stammende Vorbereitungsart. Der Name wird abgeleitet von διὰ χυλῶν, d. h. durch Säfte, weil bei dem Präparat ein Zusatz von verschiedenen Säften vorgeschrieben war.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Resorzin in der Dermatotherapie, von S. Ehrmann-Wien. (Wien. Klin., 1923, Nr. 12/13, S. 581.) Das Resorzin — 1—2%ige wäßrige Lösungen sind bakterizid. Eine reine Epidermiswirkung findet sich bei nichtinfizierten Ekzemen als 3%ige Salbe. Keratolytische Wirkung zeigt es bei 10—15%iger Konzentration. Ätzwirkung entfaltet das Resorzin als 30%ige Paste bei Lupus, wo es auf die Herde elektiv wirkt, und als Pulver bei spitzen Kondylomen. E. Langer-Berlin.

Übermangansaures Kalium in der Dermatologie (Patassium Permanganate in Dermatology), von James Avit Scott. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3229, S. 977.) Empfehlung von alkalischer Kalium-permanganicum-Lösung (Kal. permang. + Na bicarbon. + Aq.) bei — neben anderen Dermatosen — Impetigo Bockhardt. E. Sklarz-Berlin.

Zur Anwendung und Wirkung der „Antiphlogistine"-Paste, von F. Bruck-Berlin. (Allg. m. Zztg., 1922, Nr. 50/52.) Es handelt sich um ein ursprünglich amerikanisches, jetzt aber auch in Deutschland (Kade-Denver Co., m. b. H.) hergestelltes Geheimpräparat. Abgesehen von anderen Erkrankungen wird die Anwendung bei akut entzündlichen Prozessen der Haut empfohlen. E. Levin-Berlin.

Über den Gebrauch der essigsauren Tonerde, von Walter Speck-Dresden-Friedrichsstadt. (Bruns Beitg. z. klin. Chir., 1922, Bd. 127, H. 2, S. 445.) Bei infizierten Wunden ist die Wirkung der essigsauren Tonerde so zu erklären, daß die adstringierende Komponente eine oberflächliche Gerbung der Wundflächen herbeiführt, durch die ein gewisser Abschluß nach außen erfolgt, so daß eine Reinfektion der Gewebe von der Wunde aus hintangehalten wird; bereits bestehende Granulationen werden vor übermäßigem Wuchern bewahrt. Die Demarkation des dem Tode verfallenen Gewebes wird beschleunigt. Sie soll in höchstens 2%iger oder besser in 1%iger Lösung angewandt werden zu feuchten Verbänden, die unverletzte Haut muß mit Salbe geschützt werden, höhere Lösungen können zu Gefäßstörungen mit folgender Nekrotisierung, ungünstiger Narbenbildung, ja Verlust von Fingergliedern führen. Bei Veränderungen am Gefäßsystem empfiehlt es sich unter Verzicht auf die essigsaure Tonerde nicht adstringierende feuchte Verbände zu wählen. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Kurze Bemerkungen über die therapeutische Verwendung ätherischer Öle, besonders über Terpestrol, von O. Platz-Magdeburg. Empfehlung von Terpestrolsalbe (enthält 5% Ol. thereb.) für die Behandlung schlecht heilender eitriger Wunden.

A. v. Notthafft-München.

Erfahrungen mit Rivanol, von Adolf Ritter-Zürich. (M. Kl., 1923, Nr. 2, S. 73.) Bei bereits ausgebrochenen lokalen und beginnenden allgemeinen Monoinfektionen scheint Rivanol 1:500 intravenös und intraartikulär, ebenso durch Injektion in entzündete Schleimbeutel günstig zu wirken. Empfehlenswert ist vorherige Entleerung vorhandenen Eiters aus dem Gelenk resp. Schleimbeutel. Im übrigen ist auch mit dem Rivanol das Problem der Tiefenantisepsis noch nicht gelöst. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Die Epithensalbe in der ärztlichen Praxis, von Joh. Erdmann Knust-Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 15.) Die Salbe vereinigt die Wirkung von Scharlachrot und Perubalsam. Sehr summarisch wird sie bei allen möglichen chirurgischen, gynäkologischen, geburtshilflichen Wunden, Fisteln usw. empfohlen. E. Levin-Berlin.

Über Staphylo-Yatren, von Ruete-Marburg. (M. m. W., 1922, Nr. 27, S. 1002.) Das Mittel verbindet die spezifischen Wirkungen einer Staphylokokkenvakzine mit den unspezifischen Reizwirkungen des Yatrens. Es wurde bei einer Anzahl von durch Staphylokokken erzeugten Hautkrankheiten verwendet, wirkte schnell, sicher, mit wenigen Rückfällen und wurde im Gegensatz zu anderen Mitteln der Reiztherapie ausgezeichnet vertragen. A. v. Notthafft-München.

Über Heliobrom, von Otto Blau-Potsdam. (M. Kl., 1922, Bd. 18, Nr. 52, S. 1644.) Heliobrom (Bromtanninharnstoff) hat sich in Form einer 10%igen spirituösen Lösung bei juckenden Hautaffektionen aller Art (Pruritus, bei verschiedenen Ekzemen, Frostbeulen) sehr gut bewährt. F. Landauer-Berlin.

Ein neues Antipruriginosum Heliobrom, von W. Joseph-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 51, S. 1703.) Verf. beobachtete gute Erfolge mit Heliobrom (Dibromtanninharnstoff) beiLichen chron. simpl., Strophulus, Pruritus senilis und ictericus, ferner bei Dermatitis herpetiformis und empfiehlt dieses Mittel als wirksames Antipruriginosum. F. Harry-Wiesbaden.

Studien über Novokain und Suprarenin, von R. E. Liesegang-Frankfurt a. M. (Pharm. Zlh., 1922, Nr. 25, S. 324.) Auf Grund früherer anderweitiger und eigener Versuche, daß die Novokain- und Suprareninlösungen durch Alkalizusatz in ihrer Wirksamkeit verstärkt werden, stellte Verf. ein Novokain-Suprareninpräparat mit Natriumbikarbonatzusatz her, dessen Vorteil ein geringerer Novokain-Suprareningehalt bei gleichbleibender Wirksamkeit sein sollte. Es wurde aber durch zahlreiche Nachprüfungen festgestellt, daß eine Herabsetzung des Novokaingehaltes trotz der Alkaligegenwart bei der praktischen Verwendung nicht den gleichen Erfolg erzielte, wie die sonst übliche leicht saure Lösung. Wahrscheinlich beruht die verschiedene Wirksamkeit auf der Beeinflussung der Diffusionsgeschwindigkeit des Novokains im Gewebe durch die Salze. E. Langer-Berlin.

Urotropin als Diuretikum (Hexamethylenamin as a Diuretic), von H. O. Ruh-Cleveland und P. J. Hanzlik-San Francisco. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 24, S. 1980—1982.) An fünf genesenden Knaben im Alter von 5—8 Jahren haben Verff. die vielfach betonte diuretische Wirkung des Urotropins nachgeprüft. Es zeigte sich, daß das Urotropin kein Diuretikum ist. Seine Ausscheidungsdauer im Urin lag zwischen 20 und 41 Stunden und war unabhängig von Flüssigkeitszufuhr und Diurese. Die totale Ausscheidung des Urotropins schwankte zwischen 32 und 82%, unabhängig von Dosierung, Flüssigkeitszufuhr und Diurese. F. Quasig-Hamburg.

Der Mechanismus der Chloratwirkung, von Rudolf L. Meyer-Königsberg. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1922, Bd. 95, S. 351—377.) Zahlreiche Versuche zeigen, daß die Reduktion des Chlorats im menschlichen Körper nach den Gesetzen der Chlorat-Eisenkatalyse erfolgt. Im Modellversuch sind dieselben Bedingungen gegeben, die zu einer Hemmung oder Beschleunigung der Reaktion führen, wie innerhalb der Blutbahn: Temperatur und Venosität des Blutes, Resorptionsgeschwindigkeit und Chloratkonzentration entscheiden das Ausmaß der Reduktion. G. Assmann-Barmen.

Kieselsäuretherapie bei Hautkrankheiten, von Friedrich Luithlen. (W. m. W., 1923, Nr. 12/13, S. 614.) Die biologische Funktion der Haut ist von ihrem Chemismus abhängig. U. a. erfolgt mit zunehmendem Alter eine Verarmung der Haut an Kieselsäure. Daher hat Verf. von dieser Überlegung ausgehend bei alten Leuten, die an Ekzemen, Pruritus senilis oder anderen Hautaffektionen litten, intravenös Kieselsäure verabfolgt und gute Resultate erhalten. Ebenso hatte er bei angiospastischen Hautschädigungen mit dieser Therapie Erfolge. Es wurde zur intravenösen Injektion Natrium silicicum puriss. Merck verwendet, und zwar von der 1%igen Lösung anfangs 0,5 ccm jeden 2. bis 3. Tag, dann 1,0—2,0 ccm gegeben, insgesamt etwa 0,1—0,2 Natrium silicicum in 10—20 Injektionen. E. Langer-Berlin.

Über die Behandlung der Schweiße der Phthisiker und das Antihidrotikum „Salvysatum Bürger", von Georg Katz. (Ther. d. Gegenw., 1923, H. 2.) Zur Bekämpfung der Phthisikerschweiße hat sich bei 5monatiger eingehender Beobachtung das Salbeipräparat „Salvysat Bürger" sehr bewährt. In der Dosis 3 mal tägl. 15 Tropfen kann es über einen Zeitraum von 3 Tagen bis zu 6 Wochen gegeben werden, mit Einschaltung mehrtägiger Pausen nach 7tägiger Medikation, ohne Intoxikationserscheinungen

Digitized by Google

hervorzurufen. Salvysat ist dem Salbeitee, der Tinct. salv. und dem Salbeiinfus weit überlegen infolge seiner Zubereitung aus frischen Salbeiblättern und seines stärkeren Gehalts an wirksamem Öl. G. Assmann-Barmen.

Erfahrungen mit Dijodyl, von L. Luft-Altona. (M. Kl., 1923, Nr. 3.) Nach 3 Tabletten oder Kapseln täglich schwanden in kurzer Zeit Gummen, syphilitische Kopfschmerzen, arteriosklerotische Beschwerden. Jodismus wird kaum beobachtet. Von Bedeutung ist die verhältnismäßig große Billigkeit. E. Levin-Berlin.

Beiträge zur Pharmakologie und therapeutischen Anwendung der Jodpräparate (Contributions to the Pharmacology and Therapeutics of Jodids), von E. D. Osborne-Rochester, Minn. Die Untersuchungen wurden nach der Methode von Kendall, die sich als die genaueste für die Joddarstellung erwiesen hat, ausgeführt und zwar nachdem Jod (als Jodkali und Jodnatrium in Dosen von 1,5 und 20 g) per os, intravenös und per rectum einverleibt worden ist. Es ergab sich, daß bei der Resorption von Jodkali ein Austausch von Ionen stattfindet, das Kalium in weitem Maße von Natrium ersetzt wird. Ob bei diesem Austausch der Ionen das Jod aus Jodkali in derselben Form wie nach Jodnatrium absorbiert wird, ist eine noch offene Frage. Es ergab sich weiterhin, daß Jod, in Form von Jodkali gegeben (per os), eine Natrium-Protein-Kombination bildet, während, im Falle Jodnatrium per os gegeben wird, nur Spuren von Jod mit den Proteinen in Verbindung treten. In einer noch nicht vollendeten Arbeit über zwei Fälle, wo die Patienten Symptome von Jodismus nach Darreichung von Jodnatrium per os zeigten, war das mit dem Proteinpartikelchen verbundene Jod in größerer Menge vorhanden als bei normalen Personen. Diese Beobachtungen haben eine direkte Bedeutung für die relative Wirksamkeit von Jodkali und Jodnatrium per os und (das letztere) intravenös. Wenn Jod, als Jodkali gegeben, sich mit den Serumproteinen in größerem Ausmaße verbindet als wenn in Form von Jodnatron gegeben, so erhebt sich die Frage, ob es diese Jodnatrium-Proteinverbindung ist, welche für die Jodwirkung verantwortlich ist, weiterhin, welche Rolle diese Jodnatrium-Proteinverbindung bei der Entstehung des Jodismus spielt? Die intravenöse Einverleibung kleiner Jodmengen scheint keine speziellen Vorteile zu bieten, außer wenn sie kombiniert wird mit der Darreichung per os; hohe Dosen, intravenös gegeben, verursachen eine viel höhere Jodkonzentration für eine kürzere Zeit. Darreichung per os verursacht eine mäßige Konzentration, intravenöse Einverleibung hoher Dosen führt zu einem Gipfel sehr hoher Konzentration, gefolgt von raschem Abfall. Die therapeutische Bedeutung dieser widersprechenden Vorgänge bleibt noch zu erklären. Die Einverleibung von Jod per rectum scheint schließlich auch keinerlei besondere Vorteile bezüglich der Resorption zu bieten.

A. Stern-München.

Über neuartige medikamentöse Behandlung in der Dermatologie und Venerologie, von Paul Šavnik und Hans Truttwin-Prag. (M. Kl., 1923, Nr. 9.) Es handelt sich um das Andriol-Wismut und Andriol-Uran (Jod-Wismut- und Jod-Uran-Kompositionen, die zersetzlich sind, so daß das Jod frei wird und in der Lösung bleibt, wodurch die Aktivität der Stoffe erhöht wird); bemerkenswert ist bei dem ersteren die lösliche Form, bei dem letzteren, daß statt der Emanation die chemischen Urstoffe, Pechblende, verwendet werden, und zwar in Salbenform. Mit Wismut werden auch Salben, ferner Pulver, Suppositorien hergestellt. Die Uransalben kommen besonders bei Lupus in Betracht, bei dem sie schnelleres oder langsameres Zurückgehen bewirkten, dieselben sowie die Wismutsalben ergaben gute Resultate bei Lichen ruber, Lupus erythematosus (ein Fall nach 6 Monaten fast geheilt), Psoriasis, Seborrhoea crustosa capitis, chronischen, besonders juckenden Ekzemen, Lichen Vidal, Kerion Celsi, Sykosis, Herpes tonsurans, phagedänischen und gangränösen Geschwüren, basozellulären Karzinomen, Ulcus rodens. Die meisten Fälle von Blennorrhoe wurden durch Wismutlösung gut beeinflußt. Gummöse Geschwüre schlossen sich bei ausschließlich lokaler Behandlung.

E. Levin-Berlin.

Erfahrungen über Solarson und Optarson in der chirurgischen Praxis, von F. Friedländer. (W. m. W., 1923, Nr. 1, S. 58.) Verf. empfiehlt das Solarson-Bayer als ein verläßliches, gut dosierbares Arsenpräparat. Neben völliger Reizlosigkeit bei subkutaner Injektion und rascher Beeinflussung des Allgemeinbefindens hat es gegenüber der Fowlerschen Lösung den Vorteil, daß es den Appetit hebt. Das Optarson, das noch eine Strychninkomponente enthält, ist im allgemeinen gut verträglich, jedoch warnt Verf. vor der Anwendung bei Vagotonikern, da er in einem solchen Falle nach guter Verträglichkeit des Solarsons bei der dritten Optarsoninjektion heftige Darmspasmen beobachten konnten. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Neue Beobachtungen über die Reaktionsenergie organischer Arsen- und Antimonverbindungen in Beziehung zu ihrer verschiedenen biologischen Wirkung, von HANS SCHMIDT-Dresden. (Kl. W., 1923, Nr. 8, S. 352.) Bei der biologischen Wirkung des Arsens und Antimons spielen Oxydations- und Reduktionsvorgänge eine wichtige Rolle. Für beide wird angenommen, daß der Organismus die fünfwertige Verbindung zu reduzieren und die dreiwertige zu oxydieren vermag. Diese Vorgänge werden durch die Bindung der beiden Elemente an Kohlenstoff beeinflußt. Auf Grund eigener Versuche sieht Verf. für die erhöhte Wirksamkeit des an Kohlenstoff gebundenen fünfwertigen Antimons einen Grund in dem leichteren Übergang in die wirksame dreiwertige Stufe durch reduzierende Einflüsse in dem Gewebe. E. Langer-Berlin.

Eine neue Staubinde, von C. O. LEEGE-Jena und W. SCHMIDT-Barmen. (D. m. W., 1922, Nr. 48, S. 1615—1616.) Beschreibung einer Staubinde, die auf Fingerdruck mit der freien Hand, ohne Erschütterung zu verursachen, gelöst werden kann und somit fremde Hilfe überflüssig macht. F. Harry-Wiesbaden.

Arzneiexantheme, gewerbliche Schädigungen, Dermatitis artificialis usw.

Zur Kenntnis der fixen pemphigoiden Arzneierythema, von G. NOBL-Wien. (W. m. W., 1923, Nr. 12/13, S. 627.) Bei einem Pat., der früher ohne Nebenwirkungen Antipyrin vertragen hat, tritt plötzlich eine lokalisierte Überempfindlichkeit gegen dieses Mittel auf. Auf Gaben findet sich jedesmal ein pemphigoides Erythem an Glans und Praeputium und erst in der Häufung der Anfälle auch am Munde. Einreibung von Antipyrin, Umschläge damit werden reaktionslos vertragen, desgleichen tritt kein Erythem auf bei Verabfolgung während einer Grippe, jedoch bald wieder bei Kontrollgaben nach Ablauf derselben. Dem Antipyrin kommt nicht nur eine Einwirkung auf das Wärmezentrum zu, sondern auch ein Einfluß auf die Hautgefäße, auf die es erweiternd wirkt. Vielleicht könnte dieser Reiz genügen, um in auf gewisse Hautbezirke begrenzten Gefäßschädigungen Entzündungsprozesse hervorzurufen. E. Langer-Berlin.

Schädigungen durch Phenolphthalein, von CURT SCHELENZ-Trebschen. (Pharm. Zh., 7. Dez. 1922.) Seitdem Phenolphthalein unter dem Namen Purgen als „ideales" Abführmittel in den Handel gekommen ist, wandten sich eine große Anzahl Firmen der Herstellung eines solchen Mittels mit dem wirksamen Bestandteil Phenolphthalein zu, so daß 1919 SCHLIEP allein über 72 (!) derartige Präparate berichten konnte, womit aber sicher die Liste derselben noch nicht erschöpft ist. Wiederholt wurde nun in den letzten Jahren über Schädigungen berichtet, die nach dem Gebrauch von Phenolphthalein im Gebiet der Harnwege (Anurie, Zylinder usw.) und vor allem in bezug auf das Herz (Kollapszustände) sich abspielten; auch ein Fall von „plaquösen Auflagerungen in Form einer Stomatitis bullosa" wurde nach Purgen beobachtet. Es ergibt sich also, daß Phenolphthalein keineswegs das harmlose Abführmittel ist, wofür es allgemein gehalten wurde, und Verf. stellt die Forderung auf, daß die Abgabe phenolphthaleinhaltiger Arzneimittel nur auf ärztliche Verordnung erfolgen darf oder noch besser, daß die innerliche Verwendung dieses Mittels überhaupt verboten wird. A. Stern-München.

Über Stomatitis mercurialis als Berufskrankheit, von LUDWIG MÖLLER-Lauterbach i. Hessen. (Kl. W., 1923, Nr. 3, S. 123.) Von den Arbeitern einer Hutfabrik, in der unter schlechten hygienischen Verhältnissen Kaninchenfelle mit Quecksilber in Verbindung mit Salpetersäure verarbeitet wurden, erkrankten 25% an Stomatitis mercurialis. Diejenigen, die keine oder nur geringe Mundpflege trieben, erkrankten vorzugsweise. Die Prädilektionsstelle bilden das Zahnfleisch um kariöse Zähne, die Schleimhaut unter Prothesen, Wurzelstümpfe. Eine Prädisposition infolge allgemeiner Anämie oder durch sonstige den Organismus schwächende Allgemeinerkrankungen war nicht festzustellen. E. Langer-Berlin.

Über die Lackkrankheit, von J. TOYAMA-Sendi. (Festschrift z. 25jähr. Doktorjubiläum von K. DOHI-Tokio.) Die Hautentzündungen, die durch Berühren von Rohlack oder Lackbäumen hervorgerufen wurden, wurden bisher fälschlicherweise aufgefaßt als Wirkung der ätherischen Lacköle. Tatsächlich ist das Urushiol, ein harziger, petrolätherlöslicher Bestandteil des Lackes, das schädigende Moment. Bei Idiosynkrasie genügen 1:1500 mg zu Vergiftungserscheinungen. Immunität kann durch Gewöhnung erworben werden. Antidot Alkalien. G. W. Unna-Hamburg.

Über unangenehme Erfahrungen mit dem neuen „vergällten" Alkohol zur Händedesinfektion, von E. PAYR-Leipzig. (D. m. W., 1922, Nr. 47, S. 1572.) Verf. lehnt die Verwendung des mit Phtalsäure-Diäthylester vergällten Alkohols zur Hände-

Digitized by Google

desinfektion ab, da er Rötung, brennendes und juckendes Gefühl erzeugt, die Haut rauh macht und Parästhesien an den Fingerspitzen hinterläßt. Es wird schleunigste Abhilfe von seiten des Reichsgesundheitsamtes gefordert. F. Harry-Wiesbaden.

Über einen weiteren Fall von Luminalexanthem, von R. Herrmann-Luckenwalde. (Kl. W., 1923, Nr. 5, S. 212.) Nach längerer Luminaldarreichung wegen Epilepsie bekam ein Pat. ein ausgedehntes, zum Teil konfluierendes makulo-papulöses Exanthem mit gleichzeitig leichter Konjunktivitis, aber ohne sonstige Schleimhauterscheinungen und ohne Fieber. Es verschwand, ohne irgendwelche Folgen zu hinterlassen. Auf erneute Luminaldarreichung nach Schwinden des Exanthems trat kein Rückfall der Hauterscheinungen auf. E. Langer-Berlin.

Ein Fall von schneller und zum Tode führender Absorption von Karbolsäure durch die Haut (A Case of Rapid and Fatal Absorption of Carbolic Acid Through the Skin), von W. R. M. Turtle und T. Dolan. (Lancet, Nr. 5181, S. 1273.) Einem 30jähr., kräftigen Manne zerbricht eine mit Karbolsäure gefüllte Flasche in der Tasche; er zieht sich dadurch eine Verätzung der linken Hüfte, des linken Oberschenkels und des Skrotums zu, verliert das Bewußtsein und wird in diesem Zustand ins Krankenhaus eingeliefert. Hier erlangt er am nächsten Tage das Bewußtsein wieder, aber es besteht eine beinahe totale Anurie, die sich in den nächsten Tagen nicht bessert; sechs Tage nach dem Unfall kommt es zum Exitus. Die Sektion ergibt als Todesursache eine akute hämorrhagische Nephritis. R. Erichson-Kiel.

Zum Kapitel der Hautkrankheiten auf „nervöser" Basis (Über einige hautentzündende Mittel), von Albert Marcus-München. (M. m. W., 1922, Nr. 43, S. 1510.) Einige Krankengeschichten von Hautjucken, Ekzemen oder Furunkeln, die durch irgend eine äußere Schädlichkeit veranlaßt waren. Hettersdorf-München.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Theoretisches zur Strahlenwirkung, von W. Caspari-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1923, Nr. 9, S. 269—271.) Besprechung aller Theorien, die die Umsetzung der Strahlen in biologische Wirkung betreffen. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. F. Harry-Wiesbaden.

Weitere Untersuchungen über die Beeinflussung des Stoffwechsels durch Strahlung, von L. Pincussen-Berlin, J. L. Anagnostu-Athen und G. Zangrides-Smyrna. (Zschr. f. d. ges. exper. Med., 1923, Bd. 31, H. 3—6, S. 410.) Versuche an einem 12jähr. Diabetiker ergaben, daß der Einfluß intensiver Röntgenstrahlung auf Zucker- und Azetonausscheidung nur gering ist. Deutlicher ist die Zucker- und Azetonabnahme bei Lichtbestrahlung. Was den Eiweißstoffwechsel anlangt, so war unter Röntgenbestrahlung die Ausscheidung des Gesamtstickstoffs, ebenso wie die der Aminosäuren und Kreatinkörper kaum verändert. Etwas deutlicher ist die Wirkung der Lichtbestrahlung. Bei zu intensiver Bestrahlung fand sich eine erhöhte Stickstoffausscheidung als Ausdruck der Lichtschädigung. F. Landauer-Berlin.

Das Licht in seiner pathogenen Wirkung auf den menschlichen Organismus, von Erwin Pulay-Wien. (M. Kl., 1922, Nr. 42, S. 1339—1340.) Eine Reihe akuter Dermatitiden, die im Frühjahr beobachtet werden, oftmals an das prämykotische Stadium erinnern oder eine Neurodermitis differentialdiagnostisch in Erwägung ziehen lassen, sind nichts anderes als solche stürmische Reaktionen auf das Licht und in die gleiche Gruppe einzureihen, zu welcher die Sommerprurigo nach Hutchinson gehört. Neben den Haut- sind auch häufig Stoffwechselstörungen vorhanden, und es handelt sich in der Regel um Uratiker mit mehr oder weniger geringer Ausscheidung der Harnsäure usw. Neben dieser einen Gruppe von Sommerdermatosen, die hauptsächlich bei Männern und Frauen jenseits des Klimakteriums zur Beobachtung kommen, unterscheidet Pulay eine große Gruppe von subakuten, mehr oder minder leichten Erscheinungen an der Haut des Gesichts und unbekleideten Partien, mit leichtem Juckreiz einhergehend und als kleinfleckige Erytheme, mehr oder minder schuppend und mit unscharfer Begrenzung und bei Frauen jüngeren Alters mit seborrhoischer Hautkonstitution auftretend. Diese Schädigungen, die durch Lichtwirkung auf die Haut zustande kommen, gehören keineswegs zu den Seltenheiten und werden von Jahr zu Jahr häufiger. M. Stern-München.

Zur Lichttherapie, von Fritz Schanz-Dresden. (Kl. W., 1922, Nr. 52, S. 2568.) Man kann mit dem Licht alle organischen Substanzen verändern und abbauen. Der Erfolg ist um so größer, je kurzwelliger die Strahlen sind. Eine Steigerung der Licht-

Digitized by Google

wirkung ist zu erzielen, wenn man die betreffenden Stoffe mit gewissen Farbstoffen in Beziehung bringt. Während bei den Lichtbädern die thermische Wirkung auf den Körper sich leicht empfinden läßt, fehlt uns ein Perzeptionsorgan für die chemische Wärme. Eine Reaktion auf die chemischen Strahlen tritt erst nach 6—8 Stunden ein. Über die spektralphotometrischen Messungen und die sich daraus ergebenden zahlenmäßigen Resultate ist im Original nachzulesen. Um einen guten Erfolg zu erzielen, darf man sich nicht mit kurzen 10—15 Min. dauernden Bestrahlungen begnügen, sondern dazu sind langdauernde Lichtbäder in geeigneten Räumen notwendig. Die Wirkung des Lichtbades kann unterstützt und erhöht werden, indem man während und vor dem Lichtbade den Pat. Übergießungen, Anfeuchtungen und Bäder mit salzhaltigem Wasser verabfolgt, da die Badesalze in richtiger Dosierung als Sensibilatoren die Wirkung der kurzwelligen Strahlen erhöhen. 2 Sensibilatoren besitzt der Körper selbst im Pigment der Haut und in dem Blutfarbstoff. E. Langer-Berlin.

Über Wandlungen und Ausblicke in der Strahlentherapie, von Otto Strauss-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 47, S. 1575—1577.) Vor Jahresfrist glaubte man das ideale Ziel der Heilung des Karzinoms erreichen zu können, wenn es gelänge, dem in der Tiefe liegenden Krankheitsherd eine ausreichende Strahlendosis zu verabfolgen. Bald darauf erkannte man, daß die Hypothese von der gleichmäßigen Strahlenempfindlichkeit des Karzinoms falsch ist. In engem Zusammenhange mit der Verwerfung des Begriffes Karzinomdosis stand dann die Forderung der Herabsetzung der Strahlenmenge. Man befürchtete von der großen Dosis eine Herabsetzung der Abwehrkräfte des Körpers, unter denen der Bindegewebsneubildung besondere Bedeutung für die Krebsheilung beigelegt wurde. Da die Bindegewebsneubildung erst dann eintritt, wenn das epitheliale Gewebe anfängt zu degenerieren, darf die Strahlendosis nicht zu gering sein. Nach Ansicht des Verf. wird die Bedeutung des Bindegewebes für die Krebsheilung überschätzt. Auch die Behauptung, daß große Strahlendosen die endokrinen Organe schädigen, ist nicht einwandfrei. Verf. tritt für unbedingte Verabreichung der sog. Krebsdosis ein. Bei postoperativer Bestrahlung sind kleinere Dosen angezeigt, durch die Leukozytose hervorgerufen wird, die erfahrungsgemäß gute Wirkung ausübt.
F. Harry-Wiesbaden.

Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Wachstum der Pflanzen, von H. Sierp und Fr. Robbers-Tübingen. (Strahlenther., Bd. 14, H. 5, S. 538.) Untersuchungen an Gramineen zeigen auch hier zunächst Förderung, dann Lähmung durch X-Strahlen. G. W. Unna-Hamburg.

Kurze Mitteilungen über einige Stoffwechseluntersuchungen bei Röntgenbestrahlten, von F. Kleewitz. (Strahlenther., Bd. 14, H. 1, S. 101.) Kreatin, Kreatinin, Aminosäuren und Gesamtstickstoff wurden untersucht in den Ausscheidungen der Bestrahlten. Keine bindenden Schlußfolgerungen. G. W. Unna-Hamburg.

Einiges über Wirkung von Röntgenstrahlen auf subakute Entzündungen, von Karl Kemp, Chir. Abt. des städt. Krank. Worms. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 176, H. 4, S. 272—280.) Es wurden gute Erfolge erzielt, doch soll im allgemeinen die Behandlung mit Bestrahlungen nur zur Anwendung kommen, wo die sonstigen Methoden versagen. In den angeführten Fällen handelte es sich um peritoneale Eiterungen, Abszeßbildung an der Stelle einer früheren Schußverletzung, Achselfurunkulose, Ulcus cruris, Pneumonien. Es wird Wert darauf gelegt, daß bei Eiterungen im Bauch, Furunkulose, Pneumonien die Bestrahlung über ein einziges großes Feld gegeben wird, und zwar 20—30% der HED; die Dosen können vielleicht noch verringert werden.
E. Levin-Berlin.

Über biologische Röntgenstrahlenwirkungen, von O. Berg und Ph. Ellinger-Heidelberg und Wernerwerke. (Strahlenther., Bd. 14, S. 527.) Verff. behandeln die Abhängigkeit der Elektronenemission und Streustrahlung von dem chemischen Bau der bestrahlten Materie. Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Gewebe im allgemeinen ist eine Folge der Elektronenemission. G. W. Unna-Hamburg.

Über biologische Röntgenstrahlenwirkungen. I. Über Steigerung und Abgrenzung der biologischen Röntgenstrahlenwirkung, von Ph. Ellinger und Oscar Gans-Heidelberg. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1922, Bd. 95, S. 291—303.) Aus den Versuchen an Ratten wie an Menschen geht hervor, daß eine wesentliche Steigerung der Röntgenstrahlenwirkung, und zwar sowohl nach der Schnelligkeit des Eintritts wie nach der Stärke der Reaktion durch Sensibilisierung mit 10%iger Thoriumnitratlösung zu erzielen ist. Vorteilhaft bei dieser Methode ist die Möglichkeit einer scharfen Abgrenzung der Wirkung gegen das nichtinfiltrierte Gewebe, sowie die Gewährleistung

Digitized by Google

einer schnellen und vollkommenen Überhäutung der gesetzten Gewebseinschmelzung. Die Erklärung dieser Wirkung von physikalischen Gesichtspunkten aus will Verf. erst später erörtern. G. Assmann-Barmen.

Blutveränderungen durch Röntgenbestrahlung und deren Sensibilisierung, von H. Holthusen-Hamburg. (Strahlenther., Bd. 14, H. 3, S. 561.) Nachweis einer Röntgenhämolyse ähnlich der Lichthämolyse und der Strahlenempfindlichkeit von Kolloiden. Das wirksame Prinzip sind nicht die Fluoreszenzwellen, sondern die Elektronenstrahlung. G. W. Unna-Hamburg.

Die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen verschiedener Wellenlänge, von Martius-Bonn. (Strahlenther., Bd. 14, H. 3, S. 558.) Zum ersten Male wird mit Sicherheit ausgesprochen, daß bei gleicher Absorption die weichere Strahlung biologisch wirksamer ist als die harte! G. W. Unna-Hamburg.

Zur Frage der Blutgerinnung nach Röntgenbestrahlung, von Levy-Dorn und Schulhof-Berlin. (Strahlenther., Bd. 14, H. 3, S. 672.) Die blutgerinnungsfördernde Wirkung der Röntgenstrahlen wird nicht durch Erhöhung der Gerinnungsfermente erklärt, noch durch Vermittlung der Milz bewirkt. Stephans Gerinnungsbeschleunigungsfaktor wird abgelehnt. G. W. Unna-Hamburg.

Über Erregung und Lähmung tierischer Zellen durch Röntgenstrahlen, von Viktor Hoffmann-Breslau. (Strahlenther., Bd. 14, H. 3, S. 516—526.) Experimentelle Untersuchungen am wachsenden Knochen von Katzen und Kaninchen lassen günstiger wie alle anderen Gewebe die erregende und lähmende Wirkung erkennen. Die erregende Dosis lag bei jüngeren Tieren zwischen 10—20% HED. Das Plus des Längenwachstums betrug in günstigen Fällen 10%. Der Unterschied gleicht sich im Verlauf von 5 Wochen wieder aus. Mikroskopisch: Verbreiterung der Knorpelwucherungszone. Die Knorpelzellen stehen dicht zusammen. Die lähmende Wirkung wird bei 40% HED sicher erreicht. Histologisch: Verbreiterung der Knorpelwucherungszone, die Knorpelzellen stehen jedoch weit auseinander. Das Wachstum des bestrahlten Knochen bleibt zunächst wenig, dann immer mehr zurück, bis nach Wochen oder Monaten das Differenzmaximum erreicht ist, dann tritt ein Ausgleich ein. Die absolut schädliche Dosis, die einen sofortigen Stillstand des Wachstums herbeiführt, beträgt ein Vielfaches des Lähmungsminimums. Auf die Knochenneubildung, z. B. Fraktur des gebrochenen Knochens, wirken die sonst erregenden Dosen verzögernd. G. W. Unna-Hamburg.

Kapillarmikroskopie des Röntgenerythems an der Bauchhaut, von Paul Schugt, Univ.-Frauenkl. Göttingen. (M. m. W., 1922, Nr. 32, S. 1178.) Nach Verabreichung von HED zeigten sich, wenn auch nicht durchgehends, Kapillarerweiterungen und Stauungen an der bestrahlten Hautstelle, die erst nach Wochen unter Pigmentbildung schwanden. Nach wiederholter Bestrahlung scheint es neben Gefäßerweiterungen auch zu Gefäßveränderungen zu kommen. Die Röntgenstrahlen verringern also zunächst die Erregbarkeit der Vasokonstriktoren. Neben den funktionellen Störungen kommt es zu solchen der Gewebe und Gefäßzellen. Diese beiden Arten von Störungen beeinflussen sich gegenseitig. Bei Menschen, deren Kapillaren erkrankt sind (Syphilis, Nephritis, Diabetes, Ödem), kann daher die Röntgenbestrahlung schon bei kleineren Gaben zu Schädigungen Veranlassung geben. Das Kapillarmikroskop ist nicht geeignet für die Feststellung der Hautempfindlichkeit, schon deshalb nicht, weil man nicht von der Empfindlichkeit einer Hautstelle auf die gleiche Empfindlichkeit der übrigen Haut schließen darf. Bei den mit obengenannten Krankheiten Behafteten tut man gut, unter der HED zu bleiben. Bei jedem bis zur HED zu Bestrahlenden, sollte zuerst die WR geprüft werden.
A. v. Notthafft-München.

Biologische Versuche über die Wirkung der Bestrahlung auf Karzinome, von Fr. Kock und K. Vorländer-Freiburg. (Strahlenther., B. 14, H. 3, S. 497—515.) Es wurde mit einem großen, möglichst einwandfreien Material weißer Mäuse, mit einem durch alle Tierpassagen stets gleich virulenten Tumorenstamm aus dem Ehrlichschen Institut gearbeitet und auf möglichst exakte Versuchsanordnung und Dosierungen Wert gelegt. Eine der menschlichen Erythemdosis entsprechende Dosis bei der Maus ist aus dem Grunde nicht festzustellen, weil es bei ihr nicht zu makroskopischen Veränderungen wie Blasenbildung usw. kommt. Die Epilationsdosis (untere Grenze) liegt bei der Maus bei 250e = elektrostatischen Einheiten der Ionisationskammer. Die histologischen Veränderungen von Barthelemy, Quai, Darier, Gassmann, Freund und Oppenheim, Scholz, Krause-Ziegler, Hesse, Rost werden bestätigt. Die Hauptveränderungen am Kern (Verklumpung, Pyknose, Zerfall) bleiben einerseits nicht auf die bestrahlten Partien beschränkt, andererseits sind auch im bestrahlten Gebiete neben hochgradigen Ver-

Digitized by Google

änderungen völlig intakte Stellen zu finden. Parallel gehen damit die Veränderungen am Follikel und den Talgdrüsen. Im Korium war im Gegensatz zu den Befunden bei höheren Säugern nirgends eine wesentliche Beteiligung des Endothels an der Strahlenreaktion festzustellen. Um so auffallender ist in dem gefäßarmen Bindegewebe das Auftreten einer großen Zahl von Zellen „histiozytären Charakters" mit mächtigen, längsovalen, scharfkonturierten Kernen mit netzartig verteilten Chromosomen. Wahrscheinlich entsprechen sie Unnas Schaumzellen und Gebilden, wie sie Gassmann, Scholz, Hesse bei höheren Säugern, Rost bei Schwein und Mensch beschrieben. Diese Zellart tritt wenige Stunden nach der Bestrahlung auf und verschwindet nach relativ kurzer Zeit wieder völlig. Ferner ist als Frühsymptom der Strahlenwirkung eine erhebliche Vermehrung der Kapillaren zu nennen. Auch sie verschwinden nach 8 Tagen, vielleicht durch die dann auftretende ödematöse Schwellung und Kompressionsverdickung des Kollagens. Neben der direkten Strahlenwirkung ist eine indirekte, abgeschwächte, gleichartige an den nicht bestrahlten Hautstellen zu konstatieren, die nicht von Streustrahlen herrühren kann. G. W. Unna-Hamburg.

Die tödliche Röntgenstrahlendosis für Krebszellen, von Francis Carter Wood und Frederick Prime-New York. (Strahlenther., Bd. 13, H. 3, S. 628.) Experimentiert wurde an Mäuse-Sarkom und -Karzinom, Kontrollen an Mäuseembryonen. Maßeinheit ist die menschlische Erythemdosis. Dabei ergaben sich als Sarkom- und Karzinomdosis für die Geschwulstzelle im lebenden Tier 6, im Reagenzglas 5 Erythemdosen. Fast die gleiche Strahlenmenge tötete Bindegewebszellen in Kulturen. G. W. Unna-Hamburg.

Prinzipielles zur Röntgentherapie der Oberflächenkarzinome, von Baensch-Leipzig. (Strahlenther., Bd. 14, H. 1, S. 121.) In der erfolgreichen Oberflächentherapie sind hohe Intensitätswerte bei geringer Bestrahlungszeit Bedingung, daher Rückkehr zum Aluminiumfilter! Mammakarzinom und Drüsenmetastasen gehören vorläufig noch zur Technik des Fernfeldes. G. W. Unna-Hamburg.

Epithelisierungsversuche mit Röntgenstrahlen, von H. F. O. Haberland-Köln. (Kl. W., 1923, Nr. 8, S. 353.) Verf. macht interessante Mitteilungen über seine Versuche am Kaninchen über die Wirkung von Röntgenstrahlen auf transplantierte Epidermisläppchen. Transplantierte unbestrahlte und bestrahlte Epidermisläppchen zeigten bezüglich ihrer Epithelsprossung nach der Übertragung auf eine frische Wunde keinen wesentlichen Unterschied. Dagegen leidet die Epithelisierung, falls vorher das Wundgebiet, auf das die Übertragung vorgenommen werden soll, bestrahlt ist. 10 Tage nach der Bestrahlung gleichen sich die Unterschiede meist aus. Ob $^1/_3$ oder $^2/_3$ Hauterythemdosis schädigender wirken, war nicht sicher festzustellen. Auch Hodengewebe ging beim Kaninchen schneller nach der Überpflanzung unter, wenn das aufzunehmende Gewebe mit Röntgentiefenbestrahlung vorbehandelt wurde. E. Langer-Berlin.

Die rationelle Röntgenbestrahlung bei Behandlung der chirurgischen Erkrankungen, von Jüngling-Tübingen. (Strahlenther., Bd. 14, H. 3, S. 634.) Aus vielen Einzelheiten, die nachzulesen sind: Bestätigung der Perthesschen Erfolge bei Kankroiden mit einmaliger Dosis 150% HED bei geringer Filterung. Eine einheitliche Sarkomdosis wird abgelehnt wegen der großen Sensibilitätsdifferenzen der einzelnen Sarkomarten. Rückkehr zu kleinen Dosen bei Beeinflussung tuberkulöser Affekte. G. W. Unna-Hamburg.

Zur röntgenologischen Kastration beim Manne, von Emmerich Markovits-Wien. (M. m. W., 1923, Nr. 15, S. 457.) Es ist nicht notwendig, durch sehr hohe oder gehäufte Bestrahlungen die Azoospermie zu forcieren. In jedem Falle ist nach einer Bestrahlung die klinische (spermiogenetische) Latenzzeit abzuwarten, ehe man von Neuem bestrahlt. Die Spermatozoen scheinen resistenter zu sein als Spermatogonien, Spermatozyten und Spermatiten. Aber sie sind trotz erhaltener Beweglichkeit vielleicht nicht mehr zur Befruchtung zu gebrauchen. Die Hoden reagieren auf Bestrahlung individuell sehr verschieden. Eine temporäre Sterilisierung ist bei Hoden leichter erreichbar als bei Ovarien. Eine „Totalkastration" ist nicht nötig, daher ist die Regeneration rascher zu erwarten und nicht so problematisch wie bei den Ovarien. A. v. Notthafft-München.

Über Gewöhnungserscheinungen an Röntgenstrahlen bei Bac. prodigiosus, von P. S. Meyer-Breslau. (Kl. W., 1923, Nr. 7, S. 297.) Wenn man Bac. prodigiosus-Kulturen nicht bis zur Wirkung der abtötenden Röntgendosis bestrahlt, sondern die Kultur nur in ihrem Wachstum schädigt, so wächst diese Kultur bei Weiterimpfung im allgemeinen wieder normal und zeigt bei erneuter Bestrahlung eine geringere

Digitized by Google

Schädigung als bei erstmaliger Bestrahlung. Man kann somit feststellen, daß die Bakterien ebenso, wie sie eine Festigkeit gegen Arzneimittel erwerben können, auch eine erhöhte Resistenz gegen Röntgenschädigung bekommen. Diese Resistenz ist bei täglicher Überimpfung und fünftägigem Aussetzen der Bestrahlung noch vollständig erhalten, ist bei 14tägigem täglichem Überimpfen und Unterbrechen der Bestrahlung schon wesentlich geringer und ist nach 4 Wochen gänzlich aufgehoben, so daß hier die Röntgenstrahlen wie bei der ersten Bestrahlung wirken. Diese Resistenz ist gegen ultraviolette Strahlen nicht vorhanden. E. Langer-Berlin.

Röntgenbehandlung der Osmidrosis axillaris (X ray Treatment of Osmidrosis Axillaris, Its Clinical, Histological Studies), von Kohichi Nishimura. (J. of Kyoto med. Society, 1922, Nr. 4.) Der Verf. stellt fest, daß auch bei Gesunden die Achseldrüsen oft degenerative oder entzündliche Vorgänge aufweisen. Bei den Japanern finden sich gewöhnlich hypertrophische Veränderungen der Drüse zu Osmidrosis axillaris. Setzt man diese Drüsen den Röntgenstrahlen aus, so gehen starke Gewebsveränderungen damit vor, wie Epithelabflachung, Nekrose der Drüsenzellen, fettige Degeneration, Zellinfiltration oder Bildung von bindegewebigen Strängen. Der Umfang all dieser Veränderungen hängt ab von der Stärke der Bestrahlung bzw. der Filterung. 3 und mehr Monate nach der Bestrahlung sind die degenerativen und entzündlichen Veränderungen meist geschwunden, statt dessen zeigen sich deutlich Regenerationsvorgänge an den Epithelzellen und in der Umgebung der Drüsen. A. de Lemos-Hamburg.

Hautveränderungen nach Intensivbestrahlung, von F. Heimann-Breslau. (Strahlenther., Bd. 14, H. 3, S. 685.) Kurzer Beitrag zum chronisch indurierten Hautödem (Mühlmann). G. W. Unna-Hamburg.

Über die häufigsten Ursachen der Röntgenschädigungen und ihre Vermeidung, von G. Holzknecht-Wien. (M. m. W., 1922, Nr. 46, S. 1597.) Das akute schwere Röntgenulkus entsteht durch irrtümliche zu lange Bestrahlung (Vergessen!) des Kranken, vor allem durch Vergessen des Filters, die mittleren und leichteren Überdosierungen durch Zeitdosierung ohne Kontrolle der Hautdosis. Letzteres ist unbedingt wichtig, denn die modernen Therapieapparate gewährleisten keine genügend ausreichende Konstanz des Betriebes. Das ist vor allem durch die Schwankungen des Stadtstromes veranlaßt. Man muß also ein Dosimeter anwenden oder einen Regler der primären Spannung. Anfängern stoßen Fehler hier leichter zu als den Älteren, weil diese vielfach mit zu kurzen Expositionszeiten arbeiten. A. v. Notthafft-München.

Heilung von Röntgenkrebsen durch Diathermie (Epitheliomas roentgéniens guéris par la diathermie), von H. Bordier-Lyon. (Presse méd., 1922, Nr. 100, S. 1083). Ein Professor der Physik konstatierte nach intensiverer Beschäftigung mit Röntgenstrahlen die Entwicklung von zahlreichen (16) dunklen krustenbedeckten Flecken nebst Tumorbildung auf der Streckseite beider Hände und an der Unterlippe. Nach günstiger Erfahrung mit Diathermie nach Röntgenschädigungen am eigenen Körper behandelte Verf. die Läsionen unter Novokain-Adrenalin-Anästhesie mit Diathermie unter Verwendung von speziell konstruierten, nach Art der galvanokaustischen Brenner geformten Elektroden mit einer einzigen ausgiebigen Sitzung. Nach Abheilung der entstehenden Schorfe erscheint die ganze Haut durchaus gesund. Eine Probeexzision hatte die Diagnose Epitheliom bestätigt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Röntgenkater und -kachexie, von H. Hirsch-Hamburg. (D. m. W., 1922, Nr. 49, S. 1646—1647.) Verf. glaubt, daß Röntgenkater und Röntgenkachexie auf eine Schädigung des endokrinen Apparates zurückzuführen sind, die im ersteren Fall reparabel, bei Vorhandensein von Kachexie irreparabel ist. Nach prophylaktischer Anwendung von Hypophysen- und Nebennieren-Organextrakten und Kombination mit einem Extrakt aus dem endokrinen Organ, das besonders den Strahlen ausgesetzt werden soll, wurden niemals mehr typische Katererscheinungen beobachtet. Bei kachektischen Zuständen zeigte sich nach Darreichung von Organpräparaten günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens in somatischer und psychischer Hinsicht.
F. Harry-Wiesbaden.

Über den Röntgenkater und seine therapeutische Beeinflussung, von A. Simons-Berlin, Charité. (Strahlenther., Bd. 14, H. 1, S. 106.) Die in der Tiefentherapie gebräuchlichen Dosen stellen für das wenig empfindliche Nervensystem Reizdosen dar. Erfolgreiche Bekämpfung durch Baldrianmittel; besonders hat sich Neobornyval dem Verf. gut bewährt sowohl als Therapeutikum wie zur Prophylaxe.
G. W. Unna-Hamburg.

Digitized by Google

Zum Problem des Röntgenkaters, von HIRSCH-Altona. (Strahlenther., Bd. 14, H. 3, S. 679.) H. macht die Einwirkung der X-Strahlen auf das endokrine System für den Röntgenkater verantwortlich und bekämpft ihn prophylaktisch mit Organtherapie.
G. W. Unna-Hamburg.

Zum Problem der Dosierung der Röntgen- und Radiumstrahlen, von ERICH OPITZ-Freiburg i. Br. (Kl. W., 1923, Nr. 6, S. 243.) Verf. beschäftigt sich mit obigem Thema vom Standpunkte des Gynäkologen aus und bespricht den Wert der biologischen und physikalischen Röntgenstrahlendosierungsmethoden. Allein auf die biologische Gewebsreaktion als Maßstab sich zu verlassen, ergibt grobe Meßfehler. Jeder der Röntgentherapie, vor allem Tiefentherapie treiben will, muß einwandfrei die physikalische Messung beherrschen. Man kann zwar errechnen und messen, welche Strahlenenergie auf der Haut oder in der Tiefe des Körpers herrscht, dagegen läßt sich nicht die im Körper oder im Erfolgsorgan absorbierte Strahlung feststellen. Eine sicher Karzinom- oder gar Sarkomgewebe vernichtende Dosis kann man nicht festsetzen. Wesentlich ist die Wirkung der Bestrahlung auf den Gesamtorganismus. Ein Teil der Wirksamkeit einer Röntgenbestrahlung ist hierauf zurückzuführen. Noch schwieriger aber ist die Dosierung der Radiumstrahlen. E. Langer-Berlin.

Ein neues direkt zeigendes und registrierendes Röntgenstrahlenmeßgerät (Siemens-Röntgen-Dosismesser), von R. JAEGER-Wernerwerk. (M. m. W., 1922, Nr. 22, S. 821.) Beschreibung eines neuen Zeigerinstrumentes, mit dessen Hilfe es möglich ist, bei einfacher Handhabung, während der Bestrahlung am strahlengeschützten Orte, den Strahlenionisationseffekt in Luft, Wasser, Körperhöhlen direkt abzulesen, bei schwankenden Betriebsverhältnissen eventuell registrieren zu lassen durch einen Automaten. G. W. Unna-Hamburg.

Wird die Haut beim Weichwerden gashaltiger Röhren gefährdet? von A. LESCHINSKI-Breslau. (Strahlenther., Bd. 14, H. 1, S. 155.) Eine Verbrennungsgefahr durch Weicherwerden einer Röhre bei regulärer Belastung und Bestrahlungszeit besteht nicht! G. W. Unna-Hamburg.

Idrabaryum, ein neues Kontrastmittel, von L. FEDDER, Röntgenabt. Rud.-Virch.-Krkh. Berlin. (M. Kl., 1923, Nr. 9.) Es ist ausgezeichnet durch relative Billigkeit, Löslichkeit und Haltbarkeit in alkalischen, sauren, neutralen Flüssigkeiten und gute, gleichmäßige und lange sich haltende Suspendierung der festen Bestandteile in der flüssigen Grundmasse. E. Levin-Berlin.

Über die Praxis der Röntgentiefendosierung. Berichtigung, von FRANZ NAGELSCHMIDT-Charlottenburg. (M. Kl., 1922, Nr. 22, S. 698.) Verf. nimmt seinen in Nr. 8 der M. Kl. erhobenen Einwand gegen die DESSAUERsche Methode der Dosisbestimmung für Tiefenbestrahlung als gegenstandslos zurück auf Grund von Erklärungen, die ihm das Frankfurter Institut zugehen ließ. A. de Lemos-Hamburg.

Aus der Physik der Röntgenstrahlen und Apparate zur Röntgentiefentherapie, von G. GROSSMANN-Berlin. (Strahlenther., Bd. 14, H. 1, S. 165—237.) Zwei Vorträge aus dem Zyklus der Deutschen Gesellschaft für Strahlentherapie in Erlangen.
G. W. Unna-Hamburg.

Die Einrichtungen für natürliche und künstliche Besonnung in der städtischen Klinik zu Dortmund, von O. PETERSEN-Dortmund. (Strahlenther., Bd. 14, H. 1, S. 50.)
G. W. Unna-Hamburg.

Eine Quarzlampe für otorhinologische Zwecke, von J. CEMACH-Wien. (Strahlenther., Bd. 14, H. 1, S. 54.) Abänderung der KROMAYER-Lampe. Doppelte Zahnradvorrichtung zur gleichmäßigen horizontalen und vertikalen Verschiebung. Vorschaltungsvorrichtung von Quarzansätzen, Stäben. Auch für Dermatologen empfehlenswert.
G. W. Unna-Hamburg.

Über die Wirkung der künstlichen Höhensonne auf den Gesamtorganismus, von K. ZIEGLER-Freiburg. (Strahlenther., Bd. 14, H. 1, S. 15.) Bericht über Experimente zur Frage: Lassen die Blutzellen faßbare Strahlenwirkungen erkennen und lassen sich Beweise für eine allgemeine Wirkung auf die stofflichen Umsetzungen erbringen? Nach KÖNIGSFELD tritt eine Verschiebung des Blutbildes über Leukozytose, Leukopenie zur Norm ein. Dabei sind zunächst die Neutrophilen absolut vermehrt, später kehrt sich das Verhältnis zugunsten der Lymphozyten um. Öfter Eosinophilie. Parallel mit der Neutrophilenkurve geht diejenige des Antitrypsintiters des Blutes als Reaktion eines erhöhten Zellzerfalles. Im ganzen ist die Kurve ähnlich der, die durch Einverleibung artfremden Eiweißes erzeugt wird. Außerdem findet sich nach VON RHODENS eine Vergrößerung der Resistenzbreite der Erythrozyten gegen Hämolyse. Beim Meerschweinchen,

Digitized by Google

die auf die rasierte Rückenhaut 30—90 Minuten bestrahlt wurden, findet sich hochgradige Hämolyse in allen Organen, lymphozytärer Kern- und Zellverfall der Milz und Gewebsnekrosen im Knochenmark ähnlich den Levyschen Befunden bei weißen Mäusen. Der physiologische Zelltod der Blutzellen wird durch Bestrahlung wesentlich beschleunigt, genau wie dies auch bei der regressiven Metamorphose der Epidermiszelle durch Bestrahlung geschieht, eine Analogie zur Röntgenstrahlenwirkung. Nach Königfelds an jüngeren Menschen vorgenommenen Stoffwechseluntersuchungen ergibt sich eine deutliche Vermehrung der N.-, S. und Ph.-Ausscheidung. Negative Bilanz, erhöhtes Nahrungsbedürfnis, Gewichtszunahme. Gleichzeitig wird Wasser und am ersten und zweiten Tag NaCl vermehrt ausgeschieden. Der Blutdruck wird herabgesetzt. Therapeutisch gehen Hautreaktion und Allgemeinwirkung nicht immer parallel. G. W. Unna-Hamburg.

Der Einfluß der Bestrahlung mit der Quecksilberquarzlampe auf das Wachstum der Ratten, deren Nahrung das fettlösliche wachstumbefördernde Vitamin fehlt (Effect of Radiation with the Mercury-Vapour Quartz Lamp on the Growth of Rats Fed on a Diet Deficient in the Fat Soluble Growth Promoting Factor), von H. Goldblatt. (Lancet, Nr. 5182.) Junge Ratten, die von dem Zeitpunkt an, an dem sie eine Nahrung erhalten, der das fettlösliche Vitamin A fehlt, mit der Quecksilberquarzlampe bestrahlt werden, wachsen schneller und erreichen ein höheres Maximalgewicht als Kontrolltiere von demselben Wurf, die dasselbe Futter aber keine Bestrahlung erhalten. R. Erichson-Kiel.

Der Einfluß der Bestrahlung mit der Quecksilberdampfquarzlampe auf das Wachstum Vitamin-A-frei ernährter Ratten (Effect of Radiation with the Mercury-Vapour Quartz Lamp on the Growth of Rats Fed on a Diet Deficient in Vitamin A), von M. Hume. (Lancet, Nr. 5182, S. 1318.) Die Bestrahlung mit der Quecksilberdampfquarzlampe bei einer beinahe oder ganz vitamin-A-freien Kost kann das normale Wachstum verlängern. Während ohne Bestrahlung das Wachstum nach 7—10 Tagen aufhörte normal zu sein, blieb es bei Bestrahlung noch 35—50 Tage; dann traten Symptome von Vitamin-A-Mangel auf. Versuche, das Wachstum durch Bestrahlung wieder anzuregen, scheiterten bei Tieren, die länger (über 90 Tage) vitamin-A-frei ernährt waren, völlig; die Tiere schienen eher noch schneller zugrunde zu gehen. Bestrahlung von Ratten jedoch, die kürzere Zeit (17 und 35 Tage) vitamin-A-frei gefüttert waren, rief ein Wachstum hervor, das in bezug auf Dauer und Länge umgekehrt proportional der Dauer der voraufgegangenen vitamin-A-freien Zeit war. R. Erichson-Kiel.

Weitere Indikationen zur Höhensonnentherapie, von Reh-Frankfurt a. M. (Strahlenther., Bd. 14, H. 3, S. 715.) Mitteilung von Erfolgen bei Ischias und Arthropathien. G. W. Unna-Hamburg.

Über Radiumtherapie, von Wilhelm Kerl. (W. m. W., 1923, Nr. 12/13, S. 603.) Verf. teilt einige dermatologische und kosmetische Veränderungen mit, bei denen das Radium anderen Methoden gegenüber überlegen ist. Tumorartig vorgewölbte, oft blutende Nävi gehören hierher. Hier ist oft schon nach wenigen Bestrahlungen ein Erfolg zu sehen. Je nach dem Befund bestrahlt man von der Oberfläche her das Knötchen oder bei größeren Tumoren im Kreuzfeuer. Reaktionen dürfen nicht auftreten. Wiederholung alle 2—3 Wochen. Hier wie bei anderen nicht auf der Oberfläche gelegenen Erkrankungen, z. B. der durch Radiumbestrahlung vielfach sehr günstig zu beeinflussenden Induratio penis plastica, empfiehlt sich Filterung. Bei flächenhaften Nävi ist die Art der Verwendung der Radiumbestrahlung oft schwieriger — verschiedene Methoden werden angegeben —, manchmal Nebenwirkungen: Auftreten von Gefäßreiserchen und Pigmentierungen. Günstig ist die Wirkung bei kleinen Epitheliomen, sonst nur Verwendung bei inoperablen Tumoren und als postoperative Nachbehandlungen. Von dermatologischen Erkrankungen kommen Hauttuberkulosen, Lupus erythematodes, Leukoplakien u. a. in Betracht. E. Langer-Berlin.

Über die Wirkung der Radiumstrahlen auf Tumorgewebe (On the Effect of the Radiant Rays of the Radium Upon Tumorous Tissues), von Nagakawa-Tokio. (Festschrift für K. Dohi zu seinem 25jähr. Doktorjubiläum, Tokio). Zu geringe Dosis: Wachstumssteigerung der Tumorzellen. Zu große Dosis: Zerstörung auch der normalen Gewebe. Bei richtiger Dosierung: Funktionseinstellung des Tumorgewebes unter Schwellung des Kernes mit Auftreten von Hohlräumen und Zellzerfall, gleichzeitig Bildung von Bindegewebszellen, so daß eine allmähliche Umwandlung von pathologischem in normales Gewebe stattfindet. G. W. Unna-Hamburg.

Für die Radiumtherapie geeignete Affektionen (Affections justiciables de la Curithérapie), von René Weill. (J. de méd. de Paris, 1923, Nr. 2.) In der Dermato-

Digitized by Google

logie kommen für die Behandlung in Betracht: Hautkrebse, von denen jedoch die Spindelzellenkrebse große Neigung zu Metastasen haben und radioresistent sind; gutartige Tumoren (Warzen, Schwielen, Hauthörner), Naevi vasculosi, von denen die flachen radioresistent, die tuberösen, angiomatösen radiosensibel sind. Häufig Besserungen, auch Heilungen bei Ekzemen, Pruritus (ani, vulvae), Zoster. Auch bei Leukoplakie werden Heilungen berichtet. Die Methode stellt die beste Behandlung der Röntgendermatitis dar und kann auch als Palliativbehandlung beim Lupus versucht werden. In der Urologie ist sie indiziert bei malignen Geschwülsten von Blase und Prostata und bei Prostatahypertrophie. Ferner findet sie erfolgreiche Anwendung bei malignen Geschwülsten der äußeren Genitalien. E. Levin-Berlin.

Das Thorium X in der medizinischen Praxis (Le Thorium X dans la pratique médicale), von David de Prades. (J. de méd. de Paris, 1923, Nr. 2.) Das Präparat kommt in zwei Formen in den Handel, in Ampullen mit isotonischer Lösung für subkutane Injektion oder zum Einnehmen und in alkoholischer Lösung zur lokalen Applikation. Die Wirkung entspricht der der α-Strahlen des Radiums. Die lokale Applikation wirkt günstig bei Lichen planus, gewissen Ekzemen, Pigmentflecken des Gesichts, Kankroiden des Gesichts (Lokal- und Allgemeinbehandlung), Keloiden. Bei Neubildungen soll es jedoch nur als ein Hilfsmittel neben Radium, Röntgen, chirurgischer Behandlung betrachtet werden. E. Levin-Berlin.

Kosmetik.

Deformitäten der Lippen und ihre Korrektur, von Paul Cattani-Zürich. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 4.) Abgesehen von oberflächlichen, zirkumskripten Veränderungen führen zu Entstellungen besonders die Doppellippe und die Wulstlippe. Erstere besteht aus einem wulstartigen Schleimhautvorfall hinter der Ober- oder seltener Unterlippe, die angeboren oder erworben sein kann. Beseitigung durch einfache Abtragung oder Operation nach der Gersunyschen Methode. Bei den Wulstlippen sind mehrere Formen zu unterscheiden: 1. Makrochilia panparenchymatosa congenita; an der Vergrößerung nehmen alle wesentlichen Gewebsbestandteile der normalen Lippe (Drüsen, Bindegewebe, Blut- und Lymphgefäße) in annähernd gleicher Weise teil, verbunden sind damit oft Anomalien der Zahn- und Kieferbildung, besonders Prognathie. Behandlung operativ. 2. Makrochilia fibromatosa; Hyperplasie des submukösen Bindegewebes, kann auch als diffuses Fibrom bezeichnet werden. Behandlung wie bei der ersten Form. 3. Makrochilia lymphangiomatosa; bisweilen angeboren, bei der die Lippen von teigiger Konsistenz sind. Behandlung durch Exstirpation eines Keiles, evtl. Röntgenbehandlung. Kompression durch Heftpflasterstreifen führt nur ausnahmsweise zur Heilung. 4. Makrochilia angiomatosa in Verbindung mit Angiomen der Wange oder flächenhaften Gefäßnävi im Gesicht. Als Behandlung kommt in Betracht chirurgische Maßnahmen. Ebenbürtiges leisten hier Radium und Röntgen, besonders harte Strahlen in großen Dosen. 5. Makrochilia adenomatosa; seltenste Form, beruhend auf diffuser Tumorbildung der Lippenschleimdrüsen; die perlschnur- oder traubenförmig untereinander zusammenhängenden Tumoren lassen sich ohne Lösung des Zusammenhanges herausschälen. 6. Makrochilia symptomatica; meist nur vorübergehend auftretend, und zwar als: a) M. hysterica; b) M. scrofulosa, hauptsächlich bei jugendlichen Individuen; c) M. mycotica, infolge von Soor, Trichophytie, Aktinomykose, Blastomykose, Sporotrichose. Neben der Heredität und dem als Ursache noch nicht sicher gestellten Trauma kommen ätiologisch noch Syphilis, Lupus, Leukämie in Betracht. E. Levin-Berlin.

Anlegen und Verkleinern abstehender Ohren, von Ernst Eitner-Wien. (M. Kl., 1922, Nr. 35, S. 1117—1118.) Das Anlegen geschieht in der üblichen Weise mittels Exzision eines ovalären Lappens in der Gegend der Umschlagfalte zwischen Ohr und Schädel. Das Verkleinern geschieht durch Exzision von Knorpelstücken, von der Rückseite des Ohres aus ohne Verletzung der Haut der Vorderfläche. Und zwar wird so viel Knorpel exzidiert, daß das Ohr sich nicht mehr von selbst aufstellt, dann folgen Katgutnähte des Knorpels, des Perichondriums und Fixation des Ohres in der gewünschten Stellung. A. de Lemos-Hamburg.

Unblutige Transplantation, von W. Wolff-Köln. (M. m. W., 1922, Nr. 33, S. 1217.) Wolff verwendet zur Transplantation auf granulierende Geschwürsflächen die tieferen Schichten der Schwielen des Fußes, die mittels eines nach dem Muster der Selbstrasierer angefertigten Apparates in dünnen Blättern abgehobelt werden.

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Funktionsstörungen.

Ein Beitrag zur Tastlähmung (taktile Agnosie), von HILLEL-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 22, S. 697—698.) Beschreibung eines Falles von Aufhebung des Tastsinnes der rechten Hand, drei Wochen nach Ablauf einer Grippe aufgetreten, bei Erhaltung der sämtlichen elementaren Empfindungsqualitäten der Hand. Dieser Unfähigkeit, durch Tasten, unter Ausschluß des Auges, einen Gegenstand zu identifizieren, muß in diesem Fall also eine Unterbrechung in der Funktion des Gehirns zugrunde liegen, eine funktionelle Störung war auszuschließen. Bei dieser taktilen Agnosie kommt entweder eine Unterbrechung der Assoziationsbahn oder Störung in der Sensibilitätssphäre des Gehirns in Betracht. Die Assoziationsbahn, in der Tiefe des Scheitellappens verlaufend, kann nur durch einen tiefliegenden Prozeß geschädigt werden, was bei dem sonstigen Wohlbefinden des Pat. ohne Hirnsymptome auszuschließen ist. Es muß sich vielmehr um leichte Veränderungen an der Rinde des Scheitellappens in der Sensibilitätszone handeln. In Anbetracht der vorangegangenen Grippe sind diese Veränderungen als enzephalitisch anzusehen. Heilung der Tastlähmung nach zwei Monaten.

A. de Lemos-Hamburg.

Über Hautparästhesien, von FRITZ FLEISCHER-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1923, Nr. 1, S. 11.) Die Parästhesien bilden meistens nur ein Symptom eines Krankheitskomplexes. Sie stellen eine Störung der Empfindung dar und können entweder objektiv durch eine Sensibilitätsprüfung nachgewiesen oder nur subjektiv von dem Kranken empfunden werden. Ihre Ursache ist entweder lokaler Natur, also durch ein Hautleiden bedingt, oder nervöser Art (periphere oder zentrale nervöse Störung), oder sie sind durch Störungen in der Blutzirkulation bedingt. Der diagnostische Wert ist vielfach besonders bei zentral-nervösen Erkrankungen zur Aufdeckung derselben recht hoch. Die Prognose und Therapie richtet sich meistens nach der Grundkrankheit, immerhin kann man vorübergehend auch mit symptomatischer Behandlung vielfach nützen.

E. Langer-Berlin.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien.

Purpurabehandlung mit Menschenblutinjektionen (Purpura Treated by Injection of Human Blood), von MONTAGUE DIXON. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3236, S. 16.) Bei vier Fällen (4jähr. Knaben, 60jähr. Mann, einem 3- und einem 6jähr. Mädchen) hatte die Injektion von menschlichem Blut (des Vaters, der Mutter, des Schwiegersohnes) prompten, guten Erfolg bei Purpura. Das Blut wurde jeweils aus der Brachialvene entnommen, die Gerinnung durch Sterilisaton der Spritze in Magnesiumsulfatlösung verhindert und dann intraglutäal ein- bis zweimal in einer Menge von 2—5 ccm injiziert.

E. Sklarz-Berlin.

Toxische und hämoklastische Purpura (Purpuras toxiques et purpuras hémoclasiques), von GEORGES DROUET. (J. de méd. de Paris, 1923, Nr. 1.) Es erscheint berechtigt, von der bisher ausschließlich angenommenen, auf chemischen Prozessen beruhenden toxischen Purpura die Gruppe der hämoklastischen abzutrennen. Dafür spricht erstens das häufige Zusammentreffen hämoklastischer Zufälle mit Purpura und Hämorrhagien (besonders bei intravenösen Salvarsaneinspritzungen), ferner der Umstand, daß alle Substanzen, die fähig sind, eine brüske Störung des kolloidalen Gleichgewichtes zu bewirken, in gleicher Weise auch hämoklastische Zufälle auslösen können (Diphtherie- und Tetanusserum, intravenöse Einspritzungen von Kollargol, Pepton, Typhusvakzination). Dazu kommen noch die ebenso wie beim anaphylaktischen Chok auch bei der hämoklastischen Krise zu beobachtenden Störungen der Koagulation: initiale Steigerung, darauffolgende Verminderung der Blutgerinnung.

E. Levin-Berlin.

Peliosis rheumatica, von E. RAUTENBERG-Berlin-Lichterfelde. (D. m. W., 1923, Nr. 4, S. 112—113.) Rasche und sichere Heilung durch endolumbale Novokaininjektionen. Das klinische Bild (symmetrisches Befallensein der unteren Extremitäten) und die Art der therapeutischen Beeinflussung lassen vermuten, daß der Sitz der Erkrankung zentral (spinal) gelegen ist.

F. Harry-Wiesbaden.

Die Kapillaren der Gliedmaßen bei Akrozyanose. Blutdruck und Morphologie (The Capillaries of the Extremities in Acrocyanosis. Blood-Pressure and Morphology), von ERNST P. BOAS-New York. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 17, S. 1404 bis 1406.) Verf. hat an zehn Fällen von Akrozyanose Gestaltung und Blutdruck der

Digitized by Google

Kapillaren untersucht (dazu 3 Abb.). Zur Untersuchung des letzteren bediente er sich des Mikrokapillartonometers. Ein normaler Blutdruck in den Kapillaren schwankt zwischen 20—30 mm Quecksilber. Verf. fand, daß bei Pat. mit vasomotorischen Störungen in den Gliedmaßen der kapillare Blutdruck in den Fingern niedrig und der Blutstrom für die Zeit der Ischämie oder Zyanose verlangsamt ist. Mit Rückkehr der normalen Farbe steigen Kapillardruck und Blutstrom zum normalen. In morphologischer Hinsicht waren bei diesen Pat. die Fingerkapillaren länger und weiter als bei gesunden Personen und boten oft Schlängelungen und eine bizarre Gestalt. F. Quasig-Hamburg.

Zur Frage der Behandlung der Krampfadern mit Sublimatinjektionen nach Linser, von J. Rosner-Piestany und E. Wohlstein. (M. Kl., 1922, Nr. 48, S. 1527.) Varizen verursachen sehr oft rheumatoide Schmerzen und täuschen irgend eine rheumatische Affektion subjektiv vor. Verff. führen drei derartige Fälle an, wo dann die Venenverödungsmethode nach Linser vollkommenes Verschwinden der Schmerzen und fast völligen Schwund der Varizen zur Folge hatte. Die erste Injektion über der Kniehöhle anzulegen, hat sich als vorteilhaft bewährt, weil dadurch der Druck der Blutsäule auf die unteren Partien der Vene wie auch die Blutzufuhr in die obere Partie herabgesetzt wird; dadurch ist es erklärlich, daß manchmal mit einer Injektion absoluter Erfolg erzielt wird. M. Stern-München.

Zur Therapie der Stauungen in den unteren Extremitäten und ihrer Folgen (Varizen, Phlebitis, Thrombose, Unterschenkelgeschwür und Plattfuß), von H. Fischer-Wiesbaden. (M. m. W., 1923, Nr. 4, S. 116.) Das Verfahren, das dem Verf. „in vielen Tausenden von Fällen" recht erfreuliche Erfolge verschafft hat, besteht in der Anlegung eines sehr festen, aber gleichmäßigen drückenden Verbandes. Hierzu dient am Unterschenkel der Zinkleimverband, am Oberschenkel Klebebinden. Wenn man zentralwärts einen komprimierenden Tupfer festbindet, so kann man solche Verbände selbst zur ambulanten Behandlung der Venenentzündungen verwenden.
A. v. Notthafft-München.

Die Behandlung der Ulcera cruris mit Pyoktanin, von Franz Seiler-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1921, H. 12, S. 488.) Verf. empfiehlt bei den oft hartnäckigen Ulcera cruris Pinselung der Wunde und des Wundrandes mit 10%iger Pyoktaninlösung.
E. Wolf-Braunschweig.

Beitrag zur Behandlung der kallösen Unterschenkelgeschwüre mit Unterspritzung, von Fritz von der Hütten, Chir. Kl. Gießen. (M. m. W., 1922, Nr. 48, S. 1663.) In mehreren Fällen von Unterschenkelgeschwüren, welche jahrelang bestanden hatten, wurden schöne Erfolge durch Um- und Unterspritzung mit 0,9%iger Kochsalzlösung erzielt. Ähnliches gelang bei einer Handnarbe.
A. v. Notthafft-München.

Die Blasenmethode — eine Funktionsprüfung auf Ödembereitschaft resp. Ödemtorpidität, von Max Gänsslen, Med. Kl. Tübingen. (M. m. W., 1922, Nr. 32, S. 1176.) Bei Kranken mit Vasoneurosen ist die Zeit, welche zwischen Auflegen des blasenziehenden Pflasters und Erscheinen der Hautblase verstreicht, verkürzt. Veränderungen des Hautkapillarnetzes und abnorme Durchlässigkeit der Kapillaren erklären das. Mit noch stärkerer Zeitverkürzung beobachtete man das Eintrocknen von Blut in der Blasengegend bei hämorrhagischen Diathesen. (Neben den hämorrhagischen Diathesen im engeren Sinne auch: perniziöse Anämie, myeloische Leukämie, Nephrosklerose mit Urämie, langdauernder Ikterus und Sepsis.) Verkürzte Blasenzeit wurde auch beobachtet bei Basedow und Thyreotoxikose, Graviden und Röntgenkastrierten, Masern, Enzephalitis, Meningitis und akuter Glomerulonephritis. Verlängerte Blasenzeit wurde gefunden bei Hypothyreosen und Myxödem (einmal sechsfache Verlängerung.) Der Diabetes zeigt bei verschiedenen Zeiten sowohl Verlängerungen wie Verkürzungen. Offenbar hängt das davon ab, inwieweit der Diabetes andere Organe noch beeinflußt. Ein ikterischer Vasomotoriker und ein durch länger bestehenden Ikterus zum „Hämorrhagiker" gemachter Kranker wird verkürzte Blasenzeit haben; sonst beobachtet man bei Ikterus Verlängerung. A. v. Notthafft-München.

Die Ödempathogenese vom anatomischen Gesichtspunkte betrachtet, von Walter Hülse-Halle. (Klin. Wschr., 1923, Nr. 2, S. 63.) Es herrschen über die Ödempathogenese heute noch große Unklarheiten. Zur Erklärung stehen sich die auf theoretischen Überlegungen aufgebaute kolloidchemische Theorie und die auf klinische Erfahrungen gestützte Kapillarschädigungstheorie gegenüber. Letztere steht jedoch mit grundlegenden anatomischen Verhältnissen im Widerspruch, die sich auf den Sitz des Ödems beziehen. Dieser findet sich nicht hauptsächlich und allein zwischen

Digitized by Google

dem Bindegewebe, sondern beruht in einer intrazellulären Wasseransammlung aller Bestandteile des Bindegewebes mit Beteiligung der Endothelien der Kapillaren und Lymphkapillaren. Auf welche Weise die betroffenen Zellen und Fasern das einmal gebundene Wasser abgeben und neues aufnehmen, bleibt unklar. Die von den Zellen abgegebenen Flüssigkeitsmengen sammeln sich infolge der behinderten Resorption als Ödemwasser oder Transsudat in den sogenannten Gewebsspalten und den serösen Höhlen. Die Ursache des veränderten Quellungszustandes der Gewebe ist vorläufig einwandfrei nicht erklärbar. E. Langer-Berlin.

Zur Deutung des Wortes Scharbock — Skorbut, von Reiner Müller-Köln-Lindenthal. (M. m. W., 1923, Nr. 6, S. 182.) Das Wort Scharbock dürfte aus Scharbek bzw. Scheur-bek in Norddeutschland verdorben worden sein. Bek ist keltischen Ursprungs, Scheur aber germanischen Ursprungs. Scharbock ist also wohl da entstanden, wo eine keltische Urbevölkerung von einer germanischen unterdrückt wurde. (Holland, Flandern, linksrheinisches Deutschland.) Bek heißt Mund, Scheurbek ist daher ein rissiger Mund. A. v. Notthafft-München.

Zur Angioneurosenfrage (Operation nach Leriche-Brüning), von C. Kreibich-Prag. (Klin. Wschr., 1923, Nr. 8, S. 337.) Die Leriche-Brüningsche Operation bedeutet in klinischer und experimenteller Hinsicht einen großen Fortschritt und gibt Veranlassung, eine Reihe vasomotorisch-trophischer Neurosen auf ihre Genese zu untersuchen und Heilversuche einzuleiten. Eine Reihe von Fragen bleiben noch zu klären, und zwar ob die Operation einen Wegfall der Dilatatoren und Erhaltensein der Konstriktoren erreicht oder umgekehrt. Wird in dem Reflexbogen der efferente oder afferente Schenkel zerstört? Das klinisch Erfolgreichere wäre letzteres, da dann auch mit einer weiteren Unabhängigkeit der efferenten Leistung vom Orte der sensiblen Erregung zu rechnen wäre. Zu den Gebieten, die der Leriche-Brüningschen Operation zugänglich sind, und bei denen man eventuell mit einem Erfolg, d. h. in vielen Fällen einem Stehenbleiben des Krankheitsprozesses rechnen kann, gehören neben dem Raynaudschen Symptomenkomplex Sklerodermie, Akrodermatitis atrophicans, vielleicht das Pigmentsarkom von Kaposi. Auch bei Störungen der Schweißsekretion, bei manchen Verhornungsanomalien wäre ein therapeutischer Versuch angezeigt. E. Langer-Berlin.

Über Ursache und Behandlung des Malum perforans mit Bemerkungen zur Frage der Sympathektomie, von M. Kappis-Kiel. (Klin. Wschr., 1922, Nr. 52, S. 2558.) Das Malum perforans kommt nur in Gebieten mit aufgehobener oder herabgesetzter Sensibilität vor; es wird meist durch Druck, manchmal durch äußere z. B. thermische Reize veranlaßt. Es ist aber kein einfaches Druckgeschwür, sondern es handelt sich meist um eine Knochen- resp. Gelenkveränderung mit Fistelbildung, deren Beseitigung durch Resektion auch zur Heilung des Malum perforans führt. Die Behandlung des Malum perforans an der Ferse ist besonders schwierig und wenig erfolgreich. Ist die Ursache des Malum perforans und der darunter liegenden Knochenveränderungen eine Nervendurchtrennung, so ist es die erste Pflicht, einen Versuch zur Wiederherstellung der Nervenleitung zu machen. Mit der Sympathektomie sind eine Reihe von Fällen geheilt, und sie ist besonders beim Fersengeschwür als Versuch zur Heilung angezeigt; gegen die von Leriche und Brüning vertretene theoretische Grundlage polemisiert aber der Verf. und glaubt nicht an den schädlichen Einfluß des Neuroms. Verf. führt die Erscheinungen auf einen Vasokonstriktorentonus zurück, der durch die Einwirkung der Nervenlähmung auf die Gefäße entsteht. E. Langer-Berlin.

Urtikaria und Erytheme.

Urtikaria und Hemiplegie, die Rolle des vegetativen Nervensystems bei der Lokalisierung gewisser klinischer Chokäußerungen (Urticaire et Hemiplégie, Rôle du système nerveux végétatif dans la localisation de certaines manifestations cliniques de choc), von J. Lermoyez und Th. Alajouanine. (Presse méd., 1923, Nr. 15.) Klinischer Bericht über eine 62jähr. Frau mit rechtsseitiger kompletter Hemiplegie, bei der auf Fischgenuß und später, experimentell, dreimal auf Injektion von Pferdeserum eine auf die gelähmte Körperhälfte scharf lokalisierte Urtikaria sich ausbildete. Das sensible Nervensystem und die Blutdruckverhältnisse der kranken Seite zeigten auch Störungen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fall von Malaria mit einer dem Erythema nodosum ähnlichen Hautaffektion, von B. Günther-Nauheim. (M. Kl., 1922, Nr. 46, S. 1467.) Beschrei-

Digitized by Google

bung eines Falles, wo unter Schüttelfrost und hohem Fieber an Beuge- und Streckseiten beider Arme und Beine, sowie an den Seitenteilen des Rumpfes ziemlich zahlreiche entzündlich rote, nicht erhabene Knoten auftraten. Unter Chinin trat vollkommene Beschwerdefreiheit und Fieberlosigkeit ein. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Herpes.

Experimentelle Untersuchungen über die Übertragbarkeit des Herpesvirus auf Ratten, von B. Peiser-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 51, S. 1702—1703.) Unter 12 Fällen gelang bei 7 Tieren die Infektion der Kornea mit dem Virus von Herpes febrilis bzw. progenitalis. Bei allen 7 Tieren kam es teils zu leichten, teils zu schweren keratitischen Veränderungen; 3 Tiere zeigten außerdem noch die typischen Zeichen einer Allgemeininfektion, die sich hauptsächlich in Störungen von seiten des Zentralnervensystems äußerten. Die Versuche, die Ratten durch Einbringen des Virus in die Haut zu infizieren, mißlang in 80%. F. Harry-Wiesbaden.

Die Schmerzstillung durch Paraffin bei Gürtelrose (The Relief of Pain in Herpes Zoster by Paraffin), von H. Fox-New York. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 24, S. 1979—1980). Verf. empfiehlt die Anwendung des Paraffinsirups bei allen schmerzhaften Gürtelrosen, besonders im eruptiven Stadium. Vor Auftragen des neuen Sirups soll die alte Paraffinschicht vorsichtig abgelöst werden. In seinen 17 Fällen verschwanden die heftigen Schmerzen fast sofort und die Kranken fanden des Nachts Ruhe. Die Behandlung schwankte zwischen zwei und sechs Tagen bei täglich einmaliger Anwendung des Paraffins. Die aufgetragene Masse setzte sich zusammen aus Paraffin, Elemiharz, spanischem Wachs und gereinigtem Pech. F. Quasig-Hamburg.

Prurigo und Pruritus.

Differentialdiagnose und Behandlung der juckenden Hautkrankheiten, von H. Eicke-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., Nr. 21, S. 651.) Verf. bespricht die allgemein bekannten, die Juckempfindung auslösenden Hauterkrankungen, ohne bei dieser Einteilung auf pathologisch-anatomische oder ursächliche Tatsachen Rücksicht zu nehmen. Der Aufsatz enthält diagnostisch und therapeutisch nichts Neues.

G. Assmann-Kiel.

Zur Therapie des Pruritus vulvae, mit besonderer Berücksichtigung von Soor und Trichomonas, von Arthur Littauer-Leipzig. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 1, S. 25—33.) Zunächst ist das Ekzem zu behandeln. Bei nässendem Ekzem keine Salben, sondern Trockenbehandlung (Föhn, Lichttherapie)! Hat das Nässen aufgehört, werden zurückgebliebene Rhagaden mit 10%iger Arg.-nitric.-Lösung bepinselt. Gegen die Schmerzen dabei vorherige Kokainisierung! Sind die Rhagaden beseitigt, dann Sitzbäder mit Eisenrinde oder milde Salben, vor allem Zink-Wismutsalbe. Bei Kraurosis vulvae (Atrophie der Vulva mit Pachydermie) operative Exstirpation der Vulva. — Ätiologisch spielt der Soorpilz eine große Rolle bei dem Pruritus; er verschwindet nach mehrmaligem Pinseln mit 10%iger Pyoktanninlösung (in Abständen von zwei Tagen wiederholt). Wird im Scheidensekret die Trichomonas vaginalis gefunden, Spülung mit 1%igem Zinc. sulfur. — Außerdem ist zu achten auf das Vorhandensein von Filzläusen, auf Anzeichen von Onanie, auf Stauungshyperämie der Unterleibsvenen, auf Hämorrhoiden, auf Allgemeinerkrankungen, wie Diabetes und Nephritis usw.

F. Landauer-Berlin.

Thermische und traumatische Hautschädigungen.

Wundbehandlung, von Sonntag-Leipzig. (M. Kl., 1922, Nr. 22, S. 685—688.) Zweiter Teil. Besprechung der einzelnen Wundantiseptika und ihrer Anwendungsgebiete und Gefahren, sowie der besonderen Methoden der Wundbehandlung. (Feuchter Verband, Dauerberieselung, Dauerbad, Luft-Sauerstoffstrom-Sonnenanwendung bei offener Wundbehandlung und aktive und passive Hyperämie.) A. de Lemos-Hamburg.

Ein Fall von Hautemphysem während der Geburt, von Mrrrwrg-Oldenburg i. O. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 6, S. 243.) Bericht über einen Fall von Hautemphysem, das sich über das ganze Gesicht, über Brust, Rücken und Oberarme erstreckte. Wahrscheinlich wurden durch das Pressen in der Austreibungszeit Verklebungen zwischen Lungen und Brustwand gelöst, von hier aus nahm dann das Emphysem seinen Ausgang.

F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

Zur Klinik und Therapie der subkutanen traumatischen Lymphextravasate, von Rudolf Bonn, Chir. Universitätsklinik Frankfurt a. M. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 176, H. 1/3, S. 53—65.) Das früher als Decollement traumatique de la peau bezeichnete Krankheitsbild ist eine nicht besonders seltene Folgeerscheinung von Unfällen und Verletzungen, indem durch eine grobe stumpfe Gewalt, die tangential oder schräg zur Körperoberfläche einwirkt, die Haut auf der straffen Körperfaszie so weit verschoben wird, daß die lockeren Bindegewebsmaschen zerreißen und zwischen Kutis und Faszie eine Tasche entsteht. Wesentlich ist das Verhältnis der verletzenden Gewalt zur Elastizität des subkutanen Gewebes; so genügte in einem Falle schon eine Massage zur Herbeiführung des Krankheitsbildes. Zu einem Bluterguß kommt es nicht, weil durch die Eigenart des Traumas die Blutgefäße derart gequetscht werden, daß sie sofort thrombosieren, während die Lymphe nicht gerinnt. Das Fehlen des Blutergusses in dem neugebildeten Hohlraum ist auch die Ursache für die schlechte Heilungstendenz der großen Mehrzahl der Fälle bei konservativer Behandlung (Kompression, Punktion).
E. Levin-Berlin.

Das Paraffinspritzverfahren bei Verbrennungen, von L. Rebaudi-Buenos-Aires. (M. m. W., 1923, Nr. 6, S. 179.) Das erwärmte Paraffin wird mittels Zerstäubers auf die Wunde gebracht, bis diese ganz schneeweiß ist. Darüber sterile Gaze und nochmals Paraffinbestäubung. Tägliche Verbanderneuerung. Verbrennungswunden heilen unter Paraffinbehandlung rascher und infolge der geringeren Eiterung mit geringerer Narbenverziehung. Die Wunde ist vollkommen aseptisch behandelt. Der Verbandwechsel ist, weil der Verband nicht festklebt, schmerzlos und geschieht unter geringerer Blutung.
A. v. Notthafft-München.

Hautverbrennungen durch hohe Hitze. Pathologisch-anatomische und experimentelle Untersuchungen, von Herm. Schridde-Dortmund. (Kl. W., 1922, Nr. 52, S. 2563). Die Hautveränderungen, die unter der Einwirkung einerseits des elektrischen Stroms resp. Lichtbogens, andererseits durch Verbrennung mit Glüh-Platin und -Stahl entstehen, sind die gleichen. Die hervorstechendsten histologischen Veränderungen sind Verkohlung des Epithels, Quellung der Hornschicht, ein Zusammenschnurren der übrigen Epithelschichten und haarbüschelartige Anordnung der Basalzellen. Besonders charakteristisch sind ausgedehnte Wabenbildungen in der Epithelschicht und je nach der Stärke der Verbrennung im Bindegewebe unter dem Verbrennungskrater, sogenannte Hitzespalten im Bindegewebe und Hitzewaben im Epithel. Die Erklärung sieht Verf. darin, daß durch die Hitze der Wassergehalt des Gewebes in Wasserdampf gleichsam explosionsartig verwandelt wird, und dieser treibt das Epithel und Bindegewebe in der charakteristischen angegebenen Form auseinander.
E. Langer-Berlin.

Ulcera cutanea ex pruritu et toxiphobia, von Nikolski. (Medicinskaja Myssl, 1922, Nr. 12—13, S. 348.) 4 Jahre hindurch beobachtete Verf. einen 42jähr. Architekten, der nach schweren Gemütserschütterungen an Hautgeschwüren auf den Unterschenkeln, aber auch auf dem Körper, besonders der unteren Rückenpartie, zu leiden begann, welche durch Kratzen infolge nervösen Hautjuckens und durch die Zwangsvorstellung, er müsse den die Geschwüre veranlassenden Giftstoff, Würmer usw., herauskratzen, hervorgerufen wurden. Erst die Aufnahme in die Klinik, die regelrechte Anwendung von Verbänden, welche das Kratzen unmöglich machten, rief durch bloße Anwendung von Ung. Wilsoni langsame Heilung hervor.
A. Jordan-Moskau.

Zur Verhütung und Behandlung von Rhagaden an den Brustwarzen stillender Mütter, von Leopold Moll. (M. Kl., 1922, Nr. 13, S. 403—404.) Von entscheidender Bedeutung ist es, daß die richtige Situation zwischen Brustwarze und Mundhöhle des Kindes gewählt wird. Bei frischen Rhagaden empfiehlt Verf. eine Perubalsam (10%) und Borsäure (3%) enthaltende Salbe, welche unmittelbar nach dem Trinken aufgelegt wird. Der Salbentleck wird mittels Mastisol befestigt. Später beim Beginn der Epithelisierung Puderbehandlung.
G. Heymann-Elbing.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie.

Zur Ätiologie der Impetigonephritis, von Rudolf Deussing. (Kl. W., 1923, Nr. 2, S. 79.) Verf. lehnt die Auffassung Siebens ab, der als Erklärung der Impetigonephritis leichte Hautdiphtherie anführt. Vielmehr steht er auf dem Standpunkte, daß die im Verlaufe einer Impetigo sich einstellende Nephritis nur durch die Eitererreger der Hautinfektion bedingt ist.
E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Infektion mit dem Bacillus pyocyaneus unter dem Bilde einer Lepra (Infection by Bacillus Pyocyaneus Simulating Leprosy), von S. MALLANNAH. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3234, S. 1223.) Ein 35jähr. Pat. wies weiße (nicht anästhetische!) Flecken auf der linken Wange, dem linken Arm und linken Bein auf, desgleichen zwei Geschwüre am linken Fuß. Es wurde die Diagnose Lepra gestellt und der Mann demgemäß behandelt. Nach einem Jahr kam er ungebessert in die Behandlung des Verf., der in den Wundabschabseln keine Leprabazillen, sondern nur Pyozyaneusbazillen fand. Die weißen Flecke stellten sich als Pityriasis versicolor heraus. Pyozyaneusautovakzine und antiparasitäre Behandlung der Pityriasis brachten in kürzester Zeit völlige Heilung der Geschwüre und Flecken. E. Sklarz-Berlin.

Diphtheria glandis penis, von PAUL BODE. (Arch. f. Kindhlk., Bd. 70, H. 2.) Es wird hier ein wegen seiner Seltenheit interessanter Fall von diphtherischer Balanitis beschrieben. Bei einem 6jähr. Knaben findet sich am Orificium externum urethrae und an der Glans ein grünlichgelber festhaftender Belag von Zehnpfennigstückgröße, gleichzeitig besteht ein Tonsillenbelag. Sowohl aus dem Tonsillenbelag als auch vom Penis lassen sich Diphtheriebazillen züchten. Glatte Heilung durch Serumtherapie. Der Verf. nimmt an, daß die Infektion durch den Urin erfolgt sei, indem die Diphtheriebazillen auf hämatogenem Wege durch die Niere in den Urin gelangt sind.
E. Wolf-Braunschweig.

Über Hautdiphtherie, insbesondere die ekzematoide Form, von H. BIBERSTEIN, Univ.-Hautklinik Breslau. (M. Kl., 1922, Nr. 6, S. 168—174.) Verf. bestätigt die von LOTTE LANDÉ (1917) gemachte Angabe, daß Hautdiphtherie sehr viel häufiger vorkommt, als man im allgemeinen annimmt. Planmäßige Untersuchungen bei 131 Fällen in der JADASSOHNschen Klinik, die aus irgend einem Grunde diphtherieverdächtig erschienen, lieferten mikroskopisch und kulturell positive Ergebnisse bei 31 Kranken; in 23 Fällen gelang Reinzüchtung und 20 Stämme wurden als toxisch nachgewiesen. Mit zwei Ausnahmen war dabei der Rachen der Patienten stets dauernd frei. Dabei handelte es sich nur in dem einen Fall um eine sogenannte echte Wunddiphtherie. Besonderes Gewicht wird darauf gelegt, daß neben der Diphtheria cutis ulcerosa ekzematoide Formen, so namentlich bei Kindern und namentlich in der Umgebung der Ohren, vorkommen, welche klinisch auch bei größerer Erfahrung auf diesem Gebiet kaum von banalen Ekzemen zu unterscheiden sind. Ob die Diphtheriebazillen bei diesen Fällen wirklich das eigentliche ätiologische Moment bilden, kann vielleicht anfechtbar erscheinen, doch führt B. viele Gründe zugunsten dieser Annahme an. Auffällig ist allerdings die Erfahrung, daß die Antitoxinbehandlung durchaus versagte. Vortreffliche therapeutische Resultate wurden mit der Eukupinbehandlung erzielt: Abtupfen mit 5%iger alkoholischer Lösung und Verband mit 2%iger Eukupin- oder 1%iger Vuzinsalbe. Verf. schlägt die Bezeichnung Diphtheria ekzematoides für diese Affektion vor. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Ätiologie der Infektionskrankheiten, besonders der Diphtherie, von L. PANETH. (Zschr. f. kl. M., 1922, Bd. 94, S. 371—425.) Auf Grund zahlreicher eigener Versuche und der bereits in der Literatur bekannten stellt Verf. zunächst folgende allgemeine Grundsätze für die Ätiologie der Infektionskrankheiten auf: 1. Das Ziel aller möglichen Definitionen einer Krankheit ist die Aufstellung biologischer Einheiten, in denen praktische und wissenschaftliche Tendenzen zusammentreffen. 2. Als Erreger einer Infektionskrankheit bezeichnen wir einen Mikroorganismus dann, wenn dessen Lebenstätigkeit eine unerläßliche Bedingung der Erkrankung ist. 3. Die Erregerfrage kann nur dann mit Erfolg behandelt werden, wenn sowohl Mikroorganismus als auch Krankheit gut abgegrenzte biologische Einheiten darstellen. 4. Ein Mikroorganismus ist als Erreger einer Infektionskrankheit bewiesen, wenn es gelingt, mit einer Reinkultur desselben die Krankheit experimentell zu erzeugen. 5. Wenn die vorige Bedingung nicht erfüllt werden kann, sind wir auf Wahrscheinlichkeitsschlüsse angewiesen, für welche die zeiträumliche Koinzidenz den ersten Rang einnimmt. 6. Von den Kriterien, welche die Immunitätswissenschaft bietet, ist das sicherste die therapeutische, insbesondere aber die prophylaktische Beeinflußbarkeit der Krankheit durch spezifische Antistoffe. 7. Die KOCHschen Postulate entsprechen somit nur noch teilweise dem heutigen Stand der Forschung. Diese allgemeinen Grundsätze wendet Verf. dann auf die Ätiologie der Diphtherie an und kommt zu dem Schluß, daß Erreger der Diphtherie in allen Fällen LÖFFLER-Bazillen sind, in vielen Fällen außerdem septische Keime, besonders Streptokokken. G. Assmann-Barmen.

Digitized by Google

Ekzem, Rosazea.

Ernährung und Dermatosen des Säuglings, von Carl Leiner-Wien. (M. Kl., 1922, Nr. 39, S. 1241—1245). In jenen Fällen, die auf echter Idiosynkrasie beruhen, besteht ätiologisch und therapeutisch ein wirklicher Zusammenhang zwischen Dermatose und Ernährung. In allen übrigen Fällen sind wir auf Hypothesen und Vermutungen, angewiesen. Die klinische Erfahrung besagt, daß gewisse, allerdings noch nicht geklärte Beziehungen zwischen Ernährung und Dermatose bestehen und daß durch Regelung der Ernährung, Behebung der Ernährungsstörung, eine Beeinflussung der Dermatosen möglich ist. G. Heymann-Elbing.

Die Erscheinungen der exsudativen Diathese, von Blühdorn-Göttingen. (M. Kl., 1922, Nr. 45 u. 46, S. 1439 u. 1469.) Die exsudative Diathese bedeutet eine besondere konstitutionelle Empfindlichkeit, die sich bei Säuglingen und Kleinkindern vor allem durch Erkrankungen der Haut und Schleimhäute äußert. Die Kinder sind kenntlich durch mangelhaften Haarwuchs, borkiges Kopfekzem, Gesichtsekzem, Wundsein in seinen verschiedenen Erscheinungsformen, intertriginöses Ekzem der Genitalgegend, Erythrodermia desquamativa, nässendes Ekzem in allen Beugefalten — hinter den Ohren, am Hals, Achselhöhle, Ellen- und Kniebeugen. Außerordentlich häufig ist Strophulus. Schleimhautaffektionen sind: Landkartenzunge, die häufigen rezidivierenden Katarrhe der Luft- und Atemwege; hartnäckiger Schnupfen mit seröser Sekretion, Rhinitis posterior (Stockschnupfen ohne Sekretion), Otitis media als häufige Komplikation der Nasopharyngitis, Erkrankung der Bronchien (asthmaähnliche Blähungsbronchitis). Weniger häufige Schleimhautaffektionen sind Balanitis bzw. Vulvitis. M. Stern-München.

Über Sensibilisierung bei einem Fall von Formalin- und Novokainekzem, von E. Rosenbaum, Univ.-Hautklin. Breslau. (M. Kl., 1923, Nr. 14.) Bei einem Pat., der beruflich mit Formalin und Novokain-Adrenalin zu tun hatte, bestand ein chronisches tylotisches Ekzem der Fingerkuppen einzelner, ein akutes vesikulöses Ekzem anderer Finger, sowie ein akut rezidivierendes Gesichtsekzem. Durch „funktionelle Prüfung" (Jadassohn) wurde ausgesprochene Überempfindlichkeit gegen Formalin und Novokain nachgewiesen. Da die Beschäftigung des Pat. mit den Stoffen schon 20 Jahre dauerte, bevor er die Hautreizung bekam, mußte er erst gegen beide Stoffe sensibilisiert worden sein, und zwar geschah dies auch an der früher nicht unmittelbar mit den betreffenden Substanzen in Berührung gekommenen Haut. E. Levin-Berlin.

Die Rosazeaerkrankungen des Auges, von O. Triebenstein, Univers.-Augenkl. Rostock. (Kl. Mbl. f. Augenhlk., Jan.-Febr. 1922, Bd. 68, S. 3.) Die Rosazea des Auges betrifft nicht bloß das höhere Lebensalter, sondern bisweilen schon Leute von 10—30 Jahren. Das Verhältnis der erkrankten Männer zu Frauen ist 1 : 3. Die Blepharitis mit kleinen gelben Schüppchen ist eine Rosazea. Die Rosazeakonjunktivitis tritt entweder flächenhaft oder knötchenförmig auf. Die typischen Erscheinungen der Rosazeakeratitis sind Randkeratitis, subepitheliales Infiltrat und progrediente Hornhautentzündung. Die Therapie besteht in Verordnung von Zinkichthyolsalbe und Anwendung des scharfen Löffels, evtl. Glühschlinge. Die Prognose ist gut. Die Differentialdiagnose ist oft schwierig. Das häufig diagnostizierte Ulcus corneae rodens ist wohl oftmals eine fälschlich als solches diagnostizierte Rosazea. Kombinationen von Rosazea mit Diplobazillenkonjunktivitis, Trachom, Frühjahrskatarrh usw. kommen vor. E. Sklarz-Berlin.

Zur Behandlung der Acne rosacea, von Seiler-Lenzen a. Elbe. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 12, S. 480.) Verf. berichtet von mehreren guten Erfolgen bei der Aknetherapie mit Levurinose. Er läßt dreimal täglich vor der Mahlzeit einen gehäuften Teelöffel Levurinose einnehmen und täglich einmal das Gesicht mit Levurinose-Hefeseife waschen und den Seifenschaum eine Stunde lang auf der Gesichtshaut eintrocknen. G. Assmann-Barmen.

Kalziumchlorid in der Ekzembehandlung (Il cloruro di calcio nella cura degli eczemi), von G. Lampronti. Sehr gute Erfolge bei verschiedenen Ekzemformen mit einer 6%igen Kalziumchloridsalbe. Bei einigen refraktären Fällen Kombination der lokalen mit der internen Therapie. E. Freund-Triest.

Psoriasis.

Ein Fall von generalisierter Psoriasis nach Ameisensäureinjektion, von H. Malten-Baden-Baden. (M. m. W., 1923, Nr. 11, S. 336.) A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Erythrodermie, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis rubra.

Über die sogenannte Dermatitis exfoliativa (Ritter von Rittershain), von E. Wieland, Basler Kinderspital. (Schweiz. m. W., 1922, N. 48.) Im Anschlusse an eine gleichzeitig in der Frauenklinik grassierende Pemphigusepidemie wurden im Kinderspital 12 Fälle beobachtet, von denen 8 einen typischen Pemphigus neonatorum oder contagiosus mit charakteristischer oberflächlicher Blasenbildung und glattem, in der Mehrzahl sogar überraschend kurzem Heilungsverlauf darstellten, während es sich zweimal um ein scheinbar ganz anderes, schweres, innerhalb 6 Tagen tödlich endigendes Krankheitsbild unter den charakteristischen Symptomen der Dermatitis exfoliativa (Ritter) handelte, mit diffuser Ausbreitung der Abhebung der Epidermis von ihrer Unterlage (Epidermolyse), ausgedehnter Bloßlegung des roten Koriums, randständiger Einrollung der abgelösten Epidermis, Krustenbildung im Gesicht, Behinderung der Nasenatmung, finalem Fieber, Kollaps und Bakteriämie. Zwei weitere Fälle zeigten eine mittelschwere, protrahierte Pemphiguserkrankung, die aber schließlich in Heilung ausging; in dem einen dieser Fälle bestand ein vorausgehendes entzündliches Erythemstadium, wie es charakteristisch für Dermatitis exfoliativa beschrieben wird, in dem anderen eine Andeutung des Nikolskyschen Symptoms der Epidermolyse, das beim gewöhnlichen Pemphigus vermißt wird. In allen Fällen war aus den Blasen, bei den letal endigenden auch postmortal aus dem Blut Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkultur zu züchten. Es spricht diese Beobachtung also für die Richtigkeit der Auffassung, die zwischen Pemphigus contagiosus (Pemphigoid-Jadassohn) und der Ritterschen Dermatitis exfoliativa nur einen graduellen Unterschied macht. Es handelt sich hierbei um exogene Infekte vom Charakter der Pyodermien, und zwar speziell Staphylodermien. Da die Virulenz des Erregers bei allen aus der gleichen Quelle stammenden Infektionen eine gleiche war, kann für die ungleiche Schwere des Verlaufes nur die ungleiche Lokaldisposition der Haut der einzelnen Säuglinge in Betracht kommen. Es zeigte sich auch bei den hier beschriebenen Fällen für die schweren Formen eine erhöhte Disposition in der ersten Lebenswoche und bei frühgeborenen, im Gewicht und in der Entwicklung rückständigen Säuglingen; außerdem scheinen hierbei auch noch Pflegschäden eine gewisse Rolle zu spielen. Die Behandlung muß eine streng aseptische sein.

E. Levin-Berlin.

Ein Fall von Ritterscher Krankheit (A Case of Ritters Disease), von R. Mc D. Cairus-Leicester. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3240, S. 186.) Die Erkrankung begann am 7. Tage p. p. und endete nach Entwicklung von typischen Erscheinungen tödlich nach 4tägiger Krankheit. Die Affektion soll in England äußerst selten sein und war bis 1900 dort völlig unbekannt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Behandlung der Erythrodermia desquamativa, von E. Nobel-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 45, S. 1837—1838.) Zwei allerschwerste Fälle wurden nach längerer Verabreichung von Zitronensaft geheilt. Therapeutisch empfohlen werden Zulagen von Vitaminen bzw. Zitronensaft. Keine sichere Beziehung zu einer Gruppe der Avitaminosen zu konstatieren. H. Soltmann-Leipzig.

Die Semiologie der „rosafarbenen" Krankheit (Erythredema, Akrodynie), Bericht von vier Fällen (The Semeiology of the Pink Disease [Erythredema, Acrodynia], Report of Four Cases), von J. Zahorsky-St. Louis. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 24, S. 1975—1979.) Australische Ärzte, die die Krankheit zuerst beschrieben haben, nannten sie nach ihrer Farbe „pink disease". Beobachtet wird sie besonders bei jungen Kindern. Die von einigen Autoren angegebene Identität der Krankheit mit Pellagra wird von den meisten Forschern abgelehnt. Über den Beginn herrscht noch keine Klarheit. Das erste sind Erscheinungen allgemeiner Art, indem die Kinder unlustig und verstimmt sind, unregelmäßig schlafen, öfters aufschreien im Schlaf, keine Lust zum Spielen haben, weder recht sitzen noch liegen mögen. Das erste auffallende Symptom ist dann ein rasch wechselnder Hautausschlag von teils rötel-, teils scharlach- oder masernartigem Charakter. Daneben besteht unerträgliches Jucken. Die Kranken schwitzen stark. Besonders charakteristisch ist die blaurote Verfärbung und Schwellung der Hände und oft auch der Füße, deren Haut feucht und kalt sich anfühlt und schuppt. Von seiten der Verdauungsorgane wird besonders die hartnäckige Appetitlosigkeit beobachtet. Oft kommt es zu Schwellungen der Mundschleimhaut sowie zum Ausfall gesunder Zähne, besonders des Unterkiefers. Oft besteht eine Bronchitis. Hierzu gesellen sich mit-

Digitized by Google

unter noch Lichtscheu und Gliederschmerzen, so daß die Kinder weder sitzen noch stehen mögen. Fieber ist im allgemeinen nicht vorhanden. Der Urin ist frei von Eiweiß, enthält jedoch eine vermehrte Zahl von Zellen und Leukozyten.
F. Quasig-Hamburg.

Die Rosakrankheit (Pink Disease), von Parsons-Birmingham. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3245, S. 419.) Pink Disease, Erythroödem, befällt meistens Kinder und ist durch folgende Symptome gekennzeichnet: ein dem Grade und Charakter nach vielfach schwankender, aber stets stark juckender Ausschlag; Hände und Füße rot, angeschwollen, kalt und abschilfernd; auffallende psychische Störungen, große Niedergeschlagenheit, Gingivitis und Stomatitis und Ausfallen der Zähne; Hypotonie und Pseudoparese in wechselndem Grade; öfters Komplikation mit Atmungsbeschwerden; plötzlicher tödlicher Ausgang nicht ausgeschlossen. Parsons hat 6 derartige Fälle beobachtet, die mehrere Wochen andauerten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Keratosen.

Zur Kasuistik der Ichthyosis congenita, von H. Heidler-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 44, S. 1787—1790.) Zwei Frauen mit Ichthyosis vulgaris, Schwestern, von denen die eine das Leiden schon am 14. Lebenstag bekam, die andere 6 Wochen nach der Geburt. Die erste gebar ein Mädchen mit allen Zeichen der Unreife, bei dem innerhalb der ersten 34 Stunden nach der Geburt bis zum Exitus letalis das Bild der Ichthyosis congenita in Erscheinung trat. Weiterer Beleg für die Auffassung, daß zwischen Ichthyosis congenita und vulgaris kein prinzipieller Unterschied besteht.
H. Soltmann-Leipzig.

Bullöse Dermatosen.

Über eine Pemphigusepidemie, von H. Schultheiss-Basel. (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 7.) Von der Epidemie waren 21 Säuglinge betroffen, die sich in verschiedenen Zimmern, sogar in verschiedenen Abteilungen der Anstalt befanden. Die Übertragung erfolgte durch die Wäsche, da eine mit der Wäsche beschäftigte Angestellte längere Zeit an eiternden Panaritien litt. In den Pemphiguseruptionen fand sich regelmäßig der Staphylococcus aureus, der auch der Erreger der großen Mehrzahl von Panaritien ist, wenn auch in dem vorliegenden Falle der bakteriologische Befund des Panaritiumeiters fehlt. In mehreren Fällen fiel eine Bevorzugung der Hände bzw. der Finger auf. Als klinische Besonderheit wird das Auftreten mehrfacher Staphylokokkenkonjunktivitiden erwähnt. Alle Erscheinungen traten frühestens am zweiten Lebenstage auf und heilten durchschnittlich nach 8—10 Tagen. Bei einem Teil der Kinder, die noch nicht völlig geheilt entlassen werden mußten, trat nachträglich eine Verschlimmerung auf und es starben zwei derselben ziemlich akut unter den Erscheinungen einer Dermatitis exfoliativa Ritter, wodurch der Zusammenhang dieser mit Pemphigus sehr wahrscheinlich gemacht wird. E. Levin-Berlin.

Über blasenbildende Hauterkrankungen, von G. Nobl. (W. m. W., 1923, Nr. 9, S. 430.) Fortbildungsvortrag. E. Langer-Berlin.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Furunkelbehandlung, von A. Schüle-Freiburg i. Br. (D. m. W., 1922, Nr. 45, S. 1517.) Verf. hält das zentrale Ausbrennen für die beste Therapie des Furunkels. Jeder Furunkel kann in den ersten 24 Stunden durch zentrales Ausbrennen kupiert werden. Empfohlen wird ferner die Anästhesierung mit 2% Novokain, und die Benutzung eines Makrobrenners (glühende Stricknadel). Nach der Kauterisation von Furunkeln am Unterarm und Unterschenkel treten häufig Ödeme auf, wenn das betreffende Glied nicht 24 Stunden lang immobilisiert wird. F. Harry-Wiesbaden.

Über einen Jod-Ichthyolanstrich (Astaphylol), von Siegfried Lissa. (Ther. d. Gegenw., 1921, H. 12, S. 486.) Verf. empfiehlt bei Furunkulose und Pyodermie eine Mischung von Ichthyol, Jodtinktur, Kampfer uud Perubalsam. Wegen seiner bakteriziden speziell staphylokokkentötenden Eigenschaft wird das Mittel „Astaphylol" genannt.
E. Wolf-Braunschweig.

Digitized by Google

Zur Frage der Behandlung der Furunkulose und anderer bakterieller, eitriger Prozesse der Haut mit Staphylokokkenvakzine, von Brunner. (Wratschebnaja Gaseta, 1923, Nr. 3—4, S. 54.) Bericht über gute Erfolge durch subkutane Einspritzungen von Staphylokokkenvakzine in steigender Dosis, bei 60 Fällen von hauptsächlich allgemeiner Furunkulose, aber auch anderen eitrigen Prozessen der Haut. Das erstemal spritzt Verf. 300—400 Mill., nach etwa 3—4 Tagen, je nach der Reaktion, 500—600 und so weiter bis zu 1 Milliarde Bakterien. Eine allgemeine Reaktion in Gestalt von Schüttelfrost und Fieber sah Verf. nur einmal, lokale Reaktionen dreimal. Im allgemeinen genügten etwa 4—5 Einspritzungen zur Erzielung eines guten Resultates.

A. Jordan-Moskau.

Über Histoplast, ein Beitrag zur Furunkelbehandlung, von R. Ledermann-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1922, Nr. 22, S. 682.) Das Histoplast stellt eine praktisch verwendbare Form des Histopins, des von v. Wassermann aus lebenden Staphylokokken gewonnenen Extrakts, dar und wird durch Vermengung des Antigens mit einer indifferenten, leicht resorbierbaren und bei Körpertemperatur schmelzenden Masse und Auftragung auf eine geeignete Grundlage in Form eines gut klebenden, nicht hautreizenden Pflasters gewonnen. Dieses Pflaster erweist sich als ein ausgezeichnet erweichendes und die Abstoßung des nekrotischen Furunkelpfropfens beförderndes Mittel, und hat sich in zahlreichen Fällen bei kleinen eben beginnenden als auch bei wachsenden Furunkeln mit erheblicher Infiltration vortrefflich bewährt.

M. Stern-München.

Erysipel, Phlegmone usw.

Über gehäuft aufgetretenes nekrotisierendes Erysipel mit Bevorzugung symmetrischer Lokalisation der Nekrose an der Mamma nebst Bemerkungen über die Symmetrie des Erysipels, von Hösch-Nürnberg. (M. m. W., 1923, Nr. 12, S. 359.) Vier Fälle in kurzer Zeit. In dreien kam es zu Nekrosen an der Brust. Symmetrie ist für Körpererysipele charakteristisch. Die Ursache der Nekrotisierung dürfte in einer gesteigerten Bereitschaft des Körpers dieser Kranken (verschiedene Ursachen) gelegen gewesen sein.

A. v. Notthafft-München.

Munderysipel (Erysipelas of the Mouth), von E. Thorp-Sunderland. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3238, S. 105.) Eine unter Diphtherieverdacht aufgenommene Gravida zeigte starke Rötung und Blasenbildung auf der Rachenschleimhaut und Zunge. Nach dreitägigem Bestehen der (fieberhaften) Erkrankung ging die Entzündung nach Besserung der Mundaffektion auf die Lippen, das Gesicht und den Brustkorb über. Schließlich erfolgte Heilung ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Experimentelles Erysipel (Experimental Erysipelas), von F. P. Gay und B. Rhodes-Berkeley, Calif. (J. Inf. Diseas. Chicago, 1922, Bd. 31, Nr. 2.) Die Experimente ergaben, daß der Streptococcus pyogenes („H") auch für Kaninchen pathogen werden kann. Das Serum solcher Kaninchen, die das Erysipel dieses Erregers durchgemacht, gewährt vollen Schutz gegen intradermale Wiederimpfung. Der Schutz währt etwa 3 Monate. Die im Experiment gemachten Erfahrungen weisen darauf hin, daß eine deutliche lokale Gewebsimmunität im Gefolge lokaler Streptokokkeninfektion oder -immunisation besteht.

F. Quasig-Hamburg.

Zur Diagnose des Schweinerotlaufs, von Hans Rahm. (M. Kl., 1922, Nr. 38, S. 1217—1218.) Mitteilung eines anamnestisch sichergestellten und klinisch typischen Falles von Schweinerotlauf, bei dem bakteriologisch die Krankheit nicht nachgewiesen werden konnte. Die Ursache des negativen Resultates kann einerseits in der großen Empfindlichkeit des Bazillus beruhen, andererseits aber in der Technik der Probeexzision. Denn nach Düttmann liegen die Bazillen nicht in den Papillarkapillaren, sondern mehr tiefer in den Kapillaren des Stratum reticulare des Koriums. Deshalb muß auch subkutanes Gewebe mit exzidiert werden, was in diesem Fall außer acht gelassen war.

G. Heymann-Elbing.

Die pyogene Blutinfektion, von Arthur Buzello, Chir. Univ.-Klin. Greifswald. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 175, H. 1/6.) Es erscheint zweckmäßig, von den früheren Bezeichnungen Pyämie, Sepsis, Septikämie Abstand zu nehmen und statt dessen von pyogener Blutinfektion im Gegensatz zu toxischer und putrider zu sprechen. In der Mehrzahl der Fälle folgt sie einer lokalen Eiterung, sie kann ihr jedoch auch voraus-

Digitized by Google

gehen. Die Erkrankung beginnt mit der Infektion des Blutes, die aber von ihrem Ausgangspunkte unabhängig geworden ist; es muß sich also nicht nur um wenige Keime handeln, wie sie sich häufig im Blute nachweisen lassen, sondern um Krankheitserscheinungen, die für die Infektion der Blutbahn spezifisch sind (hohes kontinuierliches Fieber mit Schüttelfrösten, starke Pulsbeschleunigung, Veränderungen im Blutbild, weitgehende Störungen des Allgemeinbefindens, Veränderungen an der Haut, Exantheme, petechiale Blutungen, pustulöse Ausschläge, häufig Ikterus, Milztumor, Metastasen in verschiedenen Organen). Die Scheidung der pyogenen Blutinfektion von der toxischen und putriden hat auch prognostisch und therapeutisch großen Wert, insofern als die beiden letzten Formen eine absolut schlechte Prognose haben. Über die Wirkung verschiedener Mittel auf die pyogenen Keime im Blute wurden Versuche angestellt, über die eingehend berichtet wird. Unter Berücksichtigung dieser und der klinischen Erfahrungen muß eine erfolgversprechende spezifische Therapie bestehen in der Darreichung möglichst großer, aber für den Körper unschädlicher Mengen von Alkali, entweder als Natr. bicarb. per os oder durch intravenöse Gabe von Urotropin 40%, ferner in der Injektion einer in der menschlichen Blutbahn hochwirksamen Metallfarbstoffverbindung direkt in die Blutbahn (Trypaflavin oder Argochrom), wobei vor der Verwendung von subtherapeutischen Dosen zu warnen ist. Überlegte Allgemeinbehandlung und chirurgische Maßnahmen müssen damit Hand in Hand gehen. E. Levin-Berlin.

Streptokokkeninfektion und Antistreptokokkenserum, von Fritz Meyer-Berlin und K. Joseph-Höchst. (M. Kl., 1923, Nr. 4.) Die Ergebnisse der Untersuchungen werden in folgenden Sätzen zusammengefaßt: Das Wesen der Streptokokkensepsis besteht in einer Infektion, die zunächst zur Intoxikation, dann zur allgemeinen Infektion führt. Die Blutgifte der Streptokokken sind darstellbar und führen in kranken Menschen in leichteren Fällen zur Heilung, in schwereren zum Tode. Durch zweckentsprechende Behandlung lassen sich im Pferde Hämoantitoxine erzeugen. Die antibakteriellen Substanzen des Streptokokkenserums werden durch Einverleibung großer Mengen lebender, unpassierter menschlicher Streptokokken hervorgerufen. Es gibt untereinander vollständig differente Streptokokkengruppen in beschränkter Anzahl. Die Streptokokken sind untereinander verwandt, soweit sie der gleichen Gruppe angehören. Die Gifte aller Gruppen sind qualitativ gleich, quantitativ verschieden. Heilsera müssen antihämotoxische und antibakterielle Substanzen enthalten. Ihre Heilwirkung besteht in der Neutralisierung der Gifte, in der Abschwächung der Streptokokken durch antibakterielle Substanzen, ist aber streng an das Vorhandensein eines intakten zellulären Schutzapparates gebunden. Das neue Antistreptokokkenserum Höchst enthält prüfbare antihämotoxische und antibakterielle Substanzen. E. Levin-Berlin.

Zur Kenntnis der Nomainfektionen, von E. v. Balogh-Budapest. (W. m. W., 1922, Nr. 43, S. 1742/1745.) Die Mehrzahl der Nomafälle entfällt auf das Kindesalter unter dem vierten Lebensjahr. Das weibliche Geschlecht ist bevorzugt, die Lokalisation variabel, aber fast stets an einer der natürlichen großen Körperöffnungen (einmal an der Vakzinationsstelle am Oberarm). Als Grundleiden dominierten Masern und Grippe. Histologisch bemerkenswert ist das Fehlen einer defensiven Entzündung in dem scheinbar intakten Gewebe. Für die Mehrzahl der gangränösen Prozesse kommt die Mischinfektion von Spirochäten und fusiformen Bazillen in Betracht. Wenn aber andererseits diese Flora in Eiterungen gefunden wird, so muß für das Auftreten von Noma noch eine präexistierende (oft nur kurz bestehende und durch verschiedene Grundleiden verursachte) Zellenschwäche des betreffenden Individuums verantwortlich gemacht werden, die Verf. als „Scheintod der Gewebe" bezeichnet. H. Soltmann-Leipzig.

Sklerom, Orientbeule usw.

Züchtung des B. anthracis von einem Rasierpinsel aus (Isolation of B. anthracis from a Sharing Brush), von A. N. Kingsbury-London. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3245, S. 417.) Verf. untersuchte einen Rasierpinsel, nach dessen Gebrauch fünf Jahre zuvor der betreffende Besitzer eine Pustula maligna der Wange akquiriert hatte. Die Affektion war im Krankenhaus erfolgreich behandelt worden. Nach Einlegen der Borsten in Bouillon entwickelten sich Kulturen eines Bazillus, der morphologisch und bei Impfversuchen an zwei Mäusen als B. anthracis anzusprechen war.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Wirksamkeit des normalen Rinderserums bei Milzbrandinfektion, von H. Zehetmayr-Mödling bei Wien. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 6, S. 153—161.) Eine

Digitized by Google

Schutzwirkung des normalen Rinderserums gegenüber einer nachträglichen Milzbrandinfektion tritt nur dann ein, wenn durch die Seruminjektion ein lokales Ödem erzeugt und an derselben Stelle nachträglich Milzbrandbazillen eingebracht werden. Verf. schließt daraus, daß die Behandlung mit Normalserum nur dann erfolgreich sein kann, wenn eine lokale Infektion (Milzbrandkarbunkel) vorliegt. F. Harry-Wiesbaden.

Framboësie in den Vereinigten Staaten (Yaws in the United States). (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 26, S. 2166—2167.) Der Aufsatz enthält einen Hinweis auf die Seltenheit des Vorkommens der tropischen Framboësie in den Vereinigten Staaten. Nach Fox dürfte es wahrscheinlich darauf beruhen, daß diese tropische Krankheit in nördlichen Ländern nicht gedeiht. F. Quasig-Hamburg.

Leishmaniosis in den Vereinigten Staaten, Bericht über den dritten amerikanischen Fall von Kala-Azar und über einen Fall von Orientbeule (Leishmaniasis in the United States Report of the Third American Case of Kala-Azar and of a Case of Oriental Sore), von H. K. Faber und H. Schussler jr.-San Francisco. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 80, Nr. 2, S. 93.) Genaue Beschreibung der beiden Fälle, wovon der eine (Kala-Azar) ein im Januar 1920 in Bari (Italien) geborenes Mädchen, der zweite einen 7jährigen aus Bagdad stammenden Knaben, der erst im April 1922 mit seinen Eltern eingewandert war, betraf. Kurzer Abriß über die verschiedenen Arten der Leishmania (Donovani und tropica), Infektion, ihre geographische Verteilung, Diagnose und Behandlung. Darling hat die Ansicht geäußert, die Krankheit habe sich bereits in den Südstaaten (der Vereinigten Staaten) eingeschlichen und sie könnte überall endemisch werden, wo die durchschnittliche Jahrestemperatur 17,6° C und die durchschnittliche Wintertemperatur nicht niederer als 6,3° C sei — Verhältnisse, welche in vielen Teilen der Vereinigten Staaten vorliegen. Wenn die Bettwanze das beherbergende Insekt ist, so gibt es hier weite Strecken Landes, wo sie gefunden wird und es ist auch kein Mangel an den anderen Insekten, die (als Wirte) beschuldigt wurden. Die Breitengrade, unter welchen die Krankheit vorkommt, schließen mehr als zwei Drittel der Vereinigten Staaten ein. Die Gefahr der Kala-Azar sei, wenn auch vielleicht gegenwärtig nicht drohend, doch theoretisch vorhanden. M. Stern-München.

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Über den Verlauf von Eiterungsprozessen der Haut und des subkutanen Unterhautzellgewebes bei Hungernden, von Popoff. **Über den Verlauf von Sonnenbrand bei Hungernden,** von Wartbaronow. (Medicinskaja Myssl., 1922, Nr. 22—24.) Während ersterer Verf. Fälle beschreibt vom Übergang von Furunkel in Karbunkel, erysipelartiger Rötung mit Übergang in Phlegmone und gehäufte Panaritien bei Hungernden, sah der letztere ein gehäuftes Auftreten von Sonnenbrand der unbedeckten Körperteile im Frühjahr und Sommer 1922, trotzdem die Hitze gar nicht so groß war, bei Hungernden. A. Jordan-Moskau.

Oedema acutum et Erythema multiforme infolge Ernährung mit Brotsurrogaten, von Spasski. (Wratschebnaja Gaseta, 1923, Nr. 5, S. 98.) In der Zeit vom 8. bis 23. Juni 1922 beobachtete Verf. in den von Mißernte heimgesuchten Bezirken des Tambowschen Gouvernements eine Reihe von Kranken, die plötzlich von einem Ödem des Gesichts und der Hände betroffen wurden, zu dem sich nach 2 Tagen ein aus bläulichroten Flecken und Blasen bestehender Ausschlag hinzugesellte. Die Blasen impetiginisierten häufig, in einem Fall kam es zu einer Gangrän der Gesichtshaut, in einem andern zu einer Lymphangitis. Im allgemeinen verlief die Krankheit unter geringen Störungen des Allgemeinbefindens und verging meist in einigen Tagen. Da die Krankheit nicht nur die Hungernden, sondern auch die besser Ernährten betraf, sieht Verf. die Affektion als Folge der von allen genossenen Brodsurrogate an.
A. Jordan-Moskau.

Über die Prüfung von Silberhautreis, der bekanntlich größeres Schutzvermögen gegen Beriberikrankheit besitzt als gänzlich geschälter, stellte J. F. A. Pool (Pharm. Zthl., 1922, Nr. 59, S. 1079) Untersuchungen an. Der P_2O_5-Gehalt muß demnach 0,37—0,39% betragen, wenn der Reis nur so weit abgeschält wird, daß seine Beriberi-Schutzwirkung nicht leidet. Die Ermittlung des Rohaschengehaltes kann im allgemeinen als wertvolles Hilfsmittel zur schnellen, annähernden Beurteilung des Grades der Entschälung von Reis herangezogen werden. Als empirische Grenze für den Rohaschengehalt von Reis mit einer genügenden Menge Silberhaut kann der Wert von ± 0,8 v. H.

Digitized by Google

(auf lufttrocknen Stoff berechnet) angenommen werden. Die P_2O_5-Bestimmungen wurden derart (nach dem Codex alimentarius, 1910, Nr. 4) ausgeführt, daß 5 g des feingepulverten Materials nach dem Glühen mit 0,5 Kaliumnitrat und 1,5 g wasserfreiem Natriumkarbonat mit Salpetersäure digeriert werden. M. Stern-München.

Aminosäuremangel als erster ätiologischer Faktor bei Pellagra (An Amino-Acid Deficiency as the Primary Etiologic Factor in Pellagra), von J. Goldberger und W. F. Tanner-Washington. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 26, S. 2132—2135.) Die Verff. berichten an Hand von drei Krankengeschichten über ihre Erfahrungen, die sie an Fällen rezidivierender Pellagra sammeln konnten. Es hat sich ergeben, daß der Mangel an Aminosäuren (Proteinen) als wichtigster Faktor für das Entstehen der Pellagra anzusehen ist. Ferner hat es sich gezeigt, daß in therapeutischer wie vorbeugender Hinsicht nicht genügt, eine qualitativ gute Nahrung zu verabreichen, sondern die Nahrung muß auch quantitativ genügend Proteine enthalten. F. Quasig-Hamburg.

Studien und Beobachtungen über die Pellagra, von A. Lustig-Florenz. (D. Arch. f. kl. Med., Bd. 140, H. 5/6, S. 342.) Verf. berichtet über die Ergebnisse der Studien, welche die im Jahre 1910 von der italienischen Regierung eingesetzte Kommission gemacht hat. Die bekanntesten Theorien für die Ätiologie der Pellagra sind mit Hilfe experimenteller Forschung untersucht worden. Die Theorie von Sambon, nach der die Krankheit durch einen Blutparasiten, übertragen durch Insektenstiche (Simuliden), verursacht sein soll, konnte nicht bestätigt werden. Das von Sambon angeführte Argument der Häufigkeit der Pellagra bei kleinen Kindern hielt genauen Untersuchungen nicht stand, da keine sicheren Symptome bei Kindern unter einem Jahr und bei solchen mit ausschließlicher Milchnahrung festgestellt werden konnten. Die Wassertheorie Allessandrinis, nach der die Pellagra im Zusammenhang stünde mit einem Etwas, das an die Natur des Wassers und auch des Bodens, vor allem des Tonbodens, gebunden ist, konnte auch nicht bestätigt werden. Tizzonis Ansicht, daß es sich um einen aus dem Blut Pellagrakranker isolierten Keim „Streptobacillus polymorphus" handle, mußte gleichfalls zurückgewiesen werden. Die alte Maistheorie erscheint noch am wahrscheinlichsten. Nach neueren Forschungen handelt es sich wohl um eine Avitaminose, die hauptsächlich bei der armen Landbevölkerung infolge unzweckmäßiger und unzureichender Ernährung vorkommt. Da schon guter Mais arm an wesentlichen Elementen zur Ernährung ist, wird es verdorbener um so mehr sein. Daher werden strenge gesetzliche Maßnahmen zur Überwachung des Maishandels gefordert.

G. Assmann-Kiel.

Endokrine Störungen.

Über zerebrale Reizerscheinungen bei endokrinen Störungen der Genitalsphäre, von Hugo Kämmerer und Carl Lorber-München. (M. m. W., 1923, Nr. 7, S. 203.) Verff. lenken die Aufmerksamkeit auf das Zwischenhirn hin. Wird dieses durch irgend eine Noxe gestört (Lues, toxisch-infektiöse oder konstitutionelle Dinge), so kann das Genitalsystem, der Fett- und Wasserstoffwechsel beeinflußt und zerebrale sensible Reizerscheinungen ausgelöst werden. A. v. Notthafft-München.

Zur Differentialdiagnose des Späteunuchoidismus und der Dystrophia adiposogenitalis, von Wilh. Hueck-Würzburg. (M. m. W., 1922, Nr. 43, S. 1507.) Bei einem solchen Kranken traten Appetitlosigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle und Herzklopfen vor den Hautveränderungen und dem Verlust der sekundären Geschlechtsmerkmale auf. Als Ursache konnte röntgenologisch ein Hypophysistumor festgestellt werden. Die Erscheinungen waren die gewöhnlichen: Fettvermehrung an Brust und Bauch, Rückbildung des Genitales und der sekundären Geschlechtsmerkmale (Haar), alabasterartige, kühle, zarte, weiße, trockene, leicht schilfernde Haut, Haarausfall ohne besondere Beteiligung des Kopfhaares und der Augenbrauen, Ruhe und Resigniertheit ohne die Stupidität und das Verdrossene kindlicher Hypothyreosen, Eosinophilie und verringerte Neigung zum Schwitzen. A. v. Notthafft-München.

Hautaffektionen der Wechseljahre und ihre Therapie, von Robert Bauer, Allg. Poliklinik, Wien. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 5, S. 188.) Während des Klimakteriums zuweilen auftretende Affektionen der Haut, wie Pruritus und Ekzeme, werden neuerdings zurückgeführt auf Störungen der inneren Sekretion. Gleich anderen hat Verf. mit Organpräparaten deshalb Versuche gemacht und fand in dem Ovoglandol ein erfolgreiches Mittel. Er injizierte subkutan jeden zweiten Tag 1 ccm Ovoglandol und benötigte zur Heilung etwa 12—16 Einspritzungen. F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

Über eigentümliche Knochenveränderungen bei partiellem Riesenwuchs, von H. Holthusen und L. Koppel-Hamburg-St. Georg. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1923, Bd. 30, H. 1/2.) Es bestand Vergrößerung des ganzen linken Beines einschließlich des Beckens, verbunden mit dystrophischen Veränderungen an der Haut, im Bindegewebe, an den Knochen und Gelenken. Sie zeigten sich an der Haut als Geschwürsbildungen, im Bindegewebe als elefantiastische Verdickungen und Verkalkungen, am Knochen als Deformierungen, periostale Wucherungen, Osteophytbildungen und schwere Strukturveränderungen, an den Gelenken als deformierende Prozesse bis zu völliger Ankylosierung. Dystrophische Veränderungen werden in der Mehrzahl der Fälle von echtem kongenitalem Riesenwuchs gefunden. E. Levin-Berlin.

Experimentelle Beobachtungen über Beeinflussung des endokrinen Systems durch Thallium, von A. Buschke und Bruno Peiser, Rud. Virchow-Krankenhaus. (M. Kl., 1922, Nr. 23, S. 731—732.) Die Schädigungen, die bei Verfütterung oder weniger konstant bei Injektion von Thallium bei Ratten auftreten, sind vor allem Haarausfall, Zurückbleiben im Wachstum und Katarakt, Befunde, die schon früher von Buschke festgestellt und von anderen bestätigt wurden. Verff. glauben nun, die entstandenen Ausfallserscheinungen als eine direkte Schädigung der verschiedenen endokrinen Drüsen durch das Thallium ansehen zu dürfen und schreiben dem Metall eine spezifische Wirkung auf das endokrine System zu. A. de Lemos-Hamburg.

Pigment.

Der heutige Stand der Pigmentfrage in der menschlichen Haut, von G. Herold-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1922, Nr. 6, S. 184—186.) Die von Meirowsky vertretene Auffassung, daß die Pigmentbildung in der Kutis und in der Epidermis sich vollzieht, wird als zu Recht bestehend anerkannt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Melanin und über das braune Abnutzungspigment, von Hans Kutschera-Aichbergen, Kaiser-Franz-Joseph-Spital, Wien. (Frankf. Zschr. f. Path., 1922, Bd. 7, S. 21—55.) Verf. kommt auf Grund von Nachprüfungen der Befunde Blochs, unter Berücksichtigung der die verschiedensten Gesichtspunkte darstellenden derzeitigen Literatur zu dem Ergebnis, daß das Melanin aus einem zyklischen Eiweißabbauprodukt besteht, das den Oxyphenolen, speziell Tyrosin und Brenzkatechin, nahe steht, und daß das Lipofuszin als Melanin bezeichnet werden kann, denn es gibt alle für letzteres charakteristische Reaktionen. Es können mehrere Melaninarten unterschieden werden, die praktisch vom Verf. eingeteilt werden in die zwei Hauptgruppen: 1. Melanin (das bislang so genannte Pigment), 2. Lipomelanin (bisher Lipofuszin oder braunes Abnutzungspigment genannt). Eine Mittelstellung zwischen beiden räumt Verf. dem Pigment der Leber ein. In diesem Zusammenhang erscheint es Verf. von Wichtigkeit, darauf hinzuweisen, daß ja auch das Adrenalin ein Brenzkatechinderivat ist. Diese Verwandtschaft zwischen Melanin und Brenzkatechin und weiter mit Adrenalin ist auch für das Lipomelanin anzunehmen. Verf. konnte zeigen, daß beide typische Brenzkatechinreaktionen geben (Reduktion von $AgNO_3$ und ammoniakalischer Ag-Lösungen).
F. Jacobsohn-Berlin.

Untersuchungen über farbstoffbildende Fermente in einem Fall von Melanosarkomatosis, von Ladislaus Csáki. (Zschr. f. d. ges. exper. Med., Bd. 29, H. 5/6, S. 273—287.) Der Verf. bespricht zunächst einen Fall von Melanosarkomatose und teilt die klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen mit. Im Harn Urobilinogenreaktion stark positiv; Urobilin ist auch nach längerem Stehenlassen nicht nachweisbar. Negativ sind Diazo, Guajak und Gallenfarbstoffproben. Indikan und Millon stark positiv. Auf oxydierende Reagenzien starke Verdunkelung. Die Thormälenreaktion wurde auch durch 40—50 g mit der Nahrungsaufnahme verabreichten tryptophanreichen Kaseins nicht positiv. Bei dem Sektionsbefund interessiert besonders, daß die Nebennieren frei von Metastasen waren, nur die linke war befallen, indem darin eine erbsengroße gut abgegrenzte Metastase nachzuweisen war. Keine Metastasen in der Leber, daher war auch die Tryptophanprobe dauernd negativ. Die positiven Oxydations- und Urobilinogenproben werden dem Vorhandensein von Melanogen zugeschrieben. In den nachfolgenden physiologischen Besprechungen werden dem Adrenalin nahestehende Gruppen als Quellen des Melanins angesehen. Als Körper, die Pigment bilden können, werden angeführt: Tryptophan nach Spiegler, Tyrosin durch seine Peroxydase, die Tyrosinase nach Fürth. Die Frage nach spezifischer Oxydase wird durch Bach und Chodat in dem Sinne beantwortet, daß man die Wirkung eines biologischen Katalysators, also eines Fermentes, nicht

Digitized by Google

zwingend annehmen muß. Paraoxyphenyläthylamin, Adrenalin und Homogentisinsäure können ebenfalls schwarze Pigmente bilden, deren Unterscheidung von echtem Melanin schwer ist. Nach Halle wird bei Addison auf folgende Weise Melanin gebildet: Aus dem Tyrosin des abgebauten Eiweißes entsteht Paraoxyphenyläthylamin, dieses kann wegen Ausfall der Funktion der Nebennieren nicht zu Adrenalin werden, sondern es entsteht Melanin. Die gleiche Erklärung für Pigmentbildung bei Addison haben Adams und Meirowsky. Bittorf nimmt an, daß beim Addison-Kranken nicht die Propigmente, sondern die Oxydasen vermehrt sind, nachdem in seinen Versuchen die addisonerkrankte Haut nur in Adrenalinlösung Pigmentvermehrung zeigte. Nach Fuchs bilden Sarkome der Chorioidea, die teilweise pigmentfrei sind, nach einigen Tagen im Thermostaten auch in den vorher farblosen Stellen Pigment, für ihn ein Beweis, daß ein Melanogen dort vorhanden war, das ohne Beisein eines anderen Chromogens zu Melanin wurde. Aus diesen Literaturangaben stellt der Verf. zwei Möglichkeiten fest: 1. das hinzukommende Chromogen verdunkelt sich durch die Anwesenheit von Oxydasen, oder 2. das Chromogen geht bei Anwesenheit eines anderen Chromogens in erhöhtem Maße in Melanin über. Die Versuche des Verf. basieren auf Untersuchungen von Gross, der mit Tyrosin und Homogentisinsäure, zu melanotischem Harn zugesetzt, eine starke, mit Adrenalin eine schwache Verdunkelung erzielte. Im Gegensatz zu Gross gelang es dem Verf. nicht mit Tyrosin, ausgezeichnet dagegen mit Adrenalin. 1. Versuchsreihe: Melanotischer Harn und Adrenalin starker Niederschlag in wenigen Tagen; die Kontrollen a) melanotischer Harn, und b) Adrenalin allein kein Niederschlag. 2. Versuchsreihe: Serum eines Melanosekranken mit Tyrosin unverändert, mit Adrenalin 1 : 10000 schwarzer Niederschlag. Entweder bildet der melanotische Harn bzw. das melanotische Serum das Pigment oder aber das Adrenalin. 3. Versuchsreihe: Melanotischer Harn aufgekocht und Adrenalin unverändert, Kontrollen einwandfrei. Melanotischer Harn ungekocht und gekochtes Adrenalin gibt Niederschlag bei eindeutigen Kontrollen. Gleiche Versuche mit Urin von Addisonkranken gaben genau entsprechende Resultate, doch nicht nach 24 bis 36 Stunden, sondern erst in 3—4 Monaten. Der Schluß, der aus den Untersuchungen gezogen wird, ist der, daß der Ursprung der Melanine identisch ist. Der Melanomkranke bildet viel Pigment, weil die Adrenalinmenge nicht vermindert ist, obschon er viel Melanogen mit dem Harn ausscheidet. Der Addisonkranke verliert zwar kein Melanogen mit dem Harn, bildet aber wegen gestörten Adrenalinstoffwechsels viel weniger Pigment. (Anmerkung des Referenten: Der Verf. erwähnt leider nicht die Dopatheorie Blochs; es erhebt sich die Frage, wie diese damit in Einklang zu bringen wäre.)

F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Über die Pigmentbildung bei der Addisonschen Krankheit, von A. Bittorf. (M. m. W., 1923, Nr. 8, S. 230.) Die vermehrte Pigmentbildung beim Addison ist auf einen vermehrten Gehalt der Haut an Oxydasen zurückzuführen. Es ist sehr wohl möglich, daß die Vorstufe des Farbstoffes eine ungefärbte ist, und zwar das Dioxyphenylamin oder das Dioxyphenylzystein.

A. v. Notthafft-München.

Über die epitheliale Genese des Pigmentnävus, von E. Steden, Senckenberg. Path. Inst., Frankfurt a. M. (Frankf. Zschr. f. Path., 1922, Bd. 27, S. 64—83.) Auf Grund eigener Untersuchungsbefunde und Würdigung der speziellen Literatur führt Verf. die Pigmentnävi auf eine Entwicklungsstörung der Epidermis im Embryonalleben zurück. Eingehende Auseinandersetzung mit den von Anhängern der mesodermalen Entstehungstheorie angeführten Argumenten.

F. Jacobsohn-Berlin.

Einige Bemerkungen über Vitiligo (Quelques considérations sur le Vitiligo), von K. Linneberg. (Presse méd., 1923, Nr. 17.) Verf. gibt eine kritische Besprechung der neuesten Arbeiten über das Thema, wobei er die Arbeiten von Schein, Bruno Bloch in Zürich (Dopareaktion), Milian, Sabouraud u. a. berücksichtigt. Er betont dabei den häufig zu beobachtenden Zusammenhang der Vitiligo mit anderen Affektionen, namentlich Lues, Tabes, Alopecia areata, Psoriasis usw., und hebt auch die Bedeutung der endokrinen Drüsen hervor. Im ganzen kommt L. zu dem Resultat, daß der Begriff Vitiligo keine scharf umschriebene Einheit darstellt, und daß neben der sekundär entstandenen oder durch lokale Einwirkungen bedingten Affektion eine primäre, konstitutionelle Vitiligo besteht, deren Ätiologie noch der weiteren Untersuchung bedarf.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein mit Hypophysensubstanz behandelter Fall von Vitiligo (A Case of Vitiligo Treated with Pituitary Gland Substance), von R. B. Josselyn-Portland. Maine. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 26, S. 2161.) Es handelt sich um einen 40jähr. Mann, der mit Ausnahme einer nervösen Erschöpfung immer gesund gewesen war. Seit 1919 war

Digitized by Google

die Vitiligo bei ihm aufgetreten. Er erhielt Zirbeldrüsensubstanz in Tablettenform. Nach Jahresfrist waren die Erscheinungen von Vitiligo ganz verschwunden. Eine Abnormität der Schilddrüse konnte trotz leichten Bestehens eines Exophthalmus nicht festgestellt werden. F. Quasig-Hamburg.

Melanodermie bei perniziöser Anämie, von Max Mosse-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 34, S. 1085—86.) Bei einer Pat. mit perniziöser Anämie, die längere Zeit mit Arsen (Sol. Fowler) behandelt war, zeigte sich im Laufe der Krankheit allmählich zunehmende Schwarzfärbung der Haut, anfangs nur an Bauch, Brust und Rücken, später auch Gesicht und Extremitäten. Die Verfärbung ist nicht gleichmäßig, so daß die Haut scheckig aussieht. Schleimhäute sind völlig blaß und unpigmentiert. Handteller und Fußsohlen zeigen Hyperkeratose. — Histologisch weist das Stratum papillare reichlich grobkörniges, meist intrazellulär gelagertes, eisenfreies Pigment auf. Arsen ließ sich zwar in der Haut nach keiner der üblichen Methoden nachweisen. — Es handelt sich also in diesem Falle um eine Pigmentierung bei einer Perniziösen, die nicht entstanden ist durch den Zerfall der Erythrozyten und Ablagerung des eisenhaltigen Pigmentes in den Zellen der Haut, sondern der klinische und histologische Befund sprechen für eine Arsenmelanose, die bei perniziöser Anämie äußerst selten ist. A. de Lemos-Hamburg.

Melanodermitis toxica, von Tyshnenko. (Kiewski Medizynski Journal, 1922, Nr. 6.) Literarische Übersicht unter Erwähnung zweier eigener ähnlicher Fälle.
A. Jordan-Moskau.

Eine eigentümliche Verfärbung der Haut, wahrscheinlich von Quecksilberverbindungen (Kalomel) in besonderen Gesichtssalben herrührend (A Peculiar Discoloration of the Skin, Probably Resulting from Mercurial Compounds [Calomel] in Proprietary Face Creams), von William K. Goeckermann-Rochester, Minn. Im Anschluß an zwei Fälle, wo die Anwendung von Gesichtscremen zu ausgedehnten Hautverfärbungen — an Augenlidern, Nasenlippen- und Kinn-Halsfalten graubraune oder schiefergraue Verfärbung — führte und die genaue chemische Untersuchung der angewandten Mittel ausgeführt wurde, kommt G. zu folgenden Schlüssen. Milde Quecksilberchlorid- und möglicherweise auch andere Quecksilbersalze können eine Verfärbung der Haut bei manchen Personen hervorrufen, wenn sie auf die unverletzte Haut gebracht werden. Diese Hautverfärbung kann zu hochgradigen diagnostischen Schwierigkeiten (Addisonsche Krankheit u. a.) führen und dem Pat. recht unangenehm sein. Die Pigmentbildung hängt wahrscheinlich von irgend welchen persönlichen Eigenschaften der Hautsekretion ab — nach Verf. Untersuchungen dürfte eine leicht alkalische Reaktion der Hautabsonderung der entscheidende Faktor sein. Zyankali in 0,5—1%iger wässeriger Lösung scheint das beste Lösungsmittel für die Pigmentbildung zu sein, wenn man auch mit ziemlich lange (Monate) währender Behandlung rechnen muß. M. Stern-München.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Zur Entstehung der Geschwülste, von E. Schwarz-Rostock. (D. m. W., 1923, Nr. 4, S. 108—110.) Nach Verletzung mit einem Dorn, der nicht entfernt werden konnte, entwickelte sich am vierten Finger der rechten Hand ein Fibrosarkom. In einem anderen Fall entstand an der Beugeseite des rechten Daumens durch dauernde Benutzung einer Zuschneiderschere ein Fibrosarkom. Auf Grund dieser Beobachtungen, die auch von anderen Autoren gemacht worden sind, sieht Verf. in dem chronisch einwirkenden Reiz ein direkt erzeugendes Moment für die Geschwulstbildung. Von Bedeutung ist außerdem noch die Stärke der Reizwirkung. F. Harry-Wiesbaden.

Über xanthomatische Granulome, von Seyler, Path. Inst. Bonn. (Virch. Arch., 1922, Bd. 239, H. 1, S. 20—31.) Von 10 unter der Sammeldiagnose „singuläres Xanthom" laufenden Tumoren erwiesen sich 3 nur als Granulome, 4 als Blastome und 3 wahrscheinlich als Granulome. Es kommen demnach unter den bisher als Blastome aufgefaßten singulären Xanthomen durchaus nicht selten Granulome vor, die Verf. „xanthomatische Granulome" zu nennen vorschlägt. F. Jacobsohn-Berlin.

Echtes Xanthom oder xanthomatöse Degeneration der Haut? von Erich Urbach-Wien. (Kl. W., 1923, Nr. 12, S. 542.) Bei einer Frau fanden sich innerhalb von Narben ehemals ulzerös-gummöser Prozesse klinisch als Xanthome imponierende Veränderungen, die auch histochemisch den klinischen Befund bestätigten. Dabei fand sich aber neben normalem Ausfall der Funktionsprüfung von Leber, Niere, Nebenniere und Sympathikus keine Hypercholesterinämie. Daher könnte man das Auftreten nur als

Digitized by Google

degenerativ-entzündliche Cholesterosis der Haut (Aschoff-Siemens) betrachten. Denn gerade in lokal geschädigtem Gewebe ist ein Freiwerden von Cholesterinfettsäureestern zumal in der an und für sich schon cholesterinhaltigen Kutis möglich und eine Ablagerung derselben in dazu disponierten Bindegewebszellen. Andererseits bedingen Xanthome zu ihrer Entstehung eine Erschwerung der Lymphbewegung, die in dem Narbengewebe gegeben ist. Somit faßt Verf. den Prozeß pathologisch-anatomisch als xanthomatöse Degeneration kutaner Zellen auf. E. Langer-Berlin.

Seltene Mißbildung der Nasenflügel, von Theodor von Liebermann-Budapest. (Kl. W., 1923, Nr. 7, S. 307.) Bei einem 67jähr. wegen Leukämie in Behandlung stehenden Mann fand sich je ein symmetrisch den Nasenflügeln anhaftendes lappenförmiges Anhängsel mit erweiterten Poren, aus denen leicht kleine Talgfäden ausdrückbar waren. Diese Mißbildung ließ sich operativ leicht entfernen und machte makroskopisch den Eindruck normaler Haut. Histologisch konnte kein Anhalt für eine leukämische Geschwulst gefunden werden. Verf. glaubt es mit einer neurotrophischen Störung zu tun zu haben. Da er nirgends in der Literatur eine ähnliche Beschreibung fand, schlägt er für diese Mißbildung den Namen Labulatio alarum nasi vor. E. Langer-Berlin.

Zur Kenntnis der kleinen geschwulstartigen Bildungen in der Gesichtshaut, von L. Arzt-Wien. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 28, S. 507—525.) Verf. teilt mit: drei Fälle von multiplen Hidrozystomen (zystische Bildungen mit Epithelbelag, die mit den Schweißdrüsen in Zusammenhang stehen), drei Fälle von „singulären Lidzysten" (den Schweißdrüsenzysten im allgemeinen nahestehende, nicht multipel auftretende Zysten) und einen Fall von „Epithelioma hidradenoides cysticum" (oberflächliche Epidermiszysten, Zysten mit stellenweise kubischem Epithelbelag offenbar in Zusammenhang mit den Schweißdrüsen, und Epithelzellinseln wie beim Epithelioma Brooke).
H. Siemens-München.

Über einen Fall von Papillomatosis einer Abszeßhöhle, von Wilfried Krainz. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 28, S. 592—602.) Das Wort Papillom bezeichnet eine gegliederte gutartige Wucherung der Oberflächenbekleidung und trifft keine Entscheidung darüber, ob diese Neubildung zu den Bindesubstanz- oder zu den Epithelgeschwülsten zu stellen ist. Im Fall des Verf. hatte im Anschluß an eine 20 Jahre lang bestehende Eiterung am Gesäß die Epithelialisierung einer granulierenden pyogenen Membran, ihre Durchsetzung mit papillär entwickelten Epithelwucherungen und am Orte der stärksten Reizung papillomatöse Geschwulstbildung stattgefunden. Der Fall spricht nach Verf. zugunsten der Annahme, daß das Epithel bei der geschilderten Papillomatose eine führende und nicht eine sekundäre Rolle spielt. H. Siemens-München.

Diffuses Angiom bei einem zehn Monate alten Knaben (Angiome diffus chez un enfant de 10 mois), von A. Mouchet. (Presse méd., 1923, Nr. 9.) Bericht mit zwei Photographien des Patienten. Die Angiombildung erstreckte sich auf Nacken, linke Brusthälfte und Beugeseite von linkem Arm und Hand. Aufnahme ins Krankenhaus wegen septischer Infektion. Exitus trotz antiseptischer Behandlung nach drei Wochen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung von Warzen mittels Suggestion (Traitement des verrues par la suggestion), von Nini-Tripoli in Syrien. (Presse méd., 1923, Nr. 18.) In Syrien ist es alter Brauch, daß die Barbiere Warzen behandeln, indem sie einen Zweig vom wilden Feigenbaum nehmen und in die Rinde so viele Einkerbungen machen, als der Patient Warzen hat. Der Zweig wird dann an einer sonnigen Stelle aufgehoben, bis er verdorrt. Alsdann sollen auch die Warzen geschrumpft und verschwunden sein. Als verbürgte Beobachtung teilt N. ferner mit, daß eine größere Aussaat von Warzen unter einem Verbande mit Aqua destillata prompt abheilte, nachdem man dem Pat. vorgespiegelt hatte, daß er mit dem neuesten, höchst wirksamen Warzenmittel behandelt werden würde. Des weiteren wird über ein 7jähr. Mädchen berichtet, dessen Warzen nach Einreibung mit Erde an einem geweihten Ort verschwanden, und schließlich wird ein Bericht von Pech in Montpellier angefügt, der bei einem 22jähr. Mädchen das Verschwinden der Warzen von einem Tag zum anderen beobachtete, als die Patientin unter Anklage wegen Diebstahls ins Gefängnis gebracht worden war. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über eine Form von gutartigem, eitrigem Lymphom mit septischen Begleiterscheinungen (Sur une variété de poradéno-lymphite suppurée bénigne à forme septicémique ses rapports avec la „lymphogranulomatose inguinale subaiguë" de Mm. Nicolas et Favre), von P. Ravaut, Boulin und Rabeau. (Presse méd., 1922, Nr. 42, S. 453 bis 456.) Es handelt sich bei diesen Fällen um eine Form von Lymphomen, die sich in Auftreten und klinischem Verlauf mit keinem der bisher bekannten Krankheitsbilder

Digitized by Google

decken. Die Erkrankung beginnt meist mit einem oft nicht von dem Pat. bemerkten Ulkus am Genitale, klein, solitär, gleicht in keiner Weise einem Ulcus molle oder durum, keinerlei Erreger sind darin zu finden; es heilt spontan ab. Bald danach tritt in der Leistengegend eine derbe bis hühnereigroße höckerige Drüsenschwellung auf, ohne nennenswerte Schmerzen. Die Schwellungen erstrecken sich in einigen Fällen in die Femoralgegend bzw. nach der Fossa iliaca zu, die Milz ist deutlich, die Leber meist geschwollen; die Temperatur ist abends erhöht; das Blutbild ist verändert, die Mononukleären sind vermehrt, ebenso die Übergangsformen. Die WR ist negativ. Die Erkrankung ist ansteckend, sie trat bei Ehegatten nacheinander auf. Die Drüsenschwellung befällt nicht nur die Leistengegend, sie wurde auch am Hals beobachtet. Die Geschwulst, anfangs sehr derb, beginnt an verschiedenen Stellen zu erweichen und es kommt spontan zum Durchbruch des Eiters bzw. einer serösen Flüssigkeit nach außen und zur Bildung von Fisteln. Auch in dem Eiter ließen sich keine spezifischen Erreger nachweisen. Alle Untersuchungen auf Tuberkulose und Überimpfungen blieben negativ. In einem Fall fanden sich im Eiter amöboide Körperchen. Die Sekretion der Geschwulst, die aus vielen kleinen Abszeßhöhlen besteht, hält Wochen bis Monate an. Therapeutisch wurde anfangs operativ vorgegangen, es zeigten sich nach der Ausräumung aber bald Zirkulationsstörungen, sogar Elefantiasis. Jetzt wird der Eiter durch Punktion entleert. Innerlich oder intravenös wird Jod mit gutem Erfolg gegeben. Von Emetin sahen Verff. in mehreren Fällen frappante Heilungen, in anderen Fällen versagte es ganz. Auch die Radiotherapie bringt die Lymphome zur Rückbildung. Rezidive wurden nicht beobachtet. Um Pseudoleukämie oder Hodgkinsche Erkrankung, Tuberkulose, Syphilis, Ulcus molle oder Pest handelt es sich keinesfalls; weshalb Verff. diesem Krankheitsbild obigen Namen gegeben haben. A. de Lemos-Hamburg.

Regressive Störungen und Atrophien.

Die kombinierte chirurgisch-physikalische Behandlung der Keloide, von Kromayer-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 9, S. 280—281.) Man stanzt mit den vom Verf. angegebenen Zylindermessern das Keloid senkrecht zur Oberfläche bis in das subkutane Fettgewebe multipel ein und schneidet die gestanzten Hautzylinder vom Subkutangewebe ab. Dann entfernt man den Rest des stehengebliebenen Keloidgewebes subepidermidal. Nach 6—8 Tagen tritt Heilung ein. Einige Tage darauf wird die betreffende Stelle zuerst einmal 15 Minuten lang mit Blaulicht oder Quarzlicht unter Kompression bestrahlt, um eine kräftige Entzündung hervorzurufen. Nach Abklingen dieser Entzündung erfolgt eine einmalige Radium- oder Röntgenbestrahlung. F. Harry-Wiesbaden.

Payrsche Pepsin-Jodlösung zur Narbenerweichung, von W. Falb-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 10, S. 317—318). In manchen Fällen günstige Erfolge. Verf. empfiehlt die Payrsche Methode dann erst anzuwenden, wenn die mediko-mechanische Behandlung versagt. F. Harry-Wiesbaden.

Über Fibrolysin, von H. Reh-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1923, Nr. 5, S. 151). Gute Erfolge nach Fibrolysininjektionen bei narbigen Verwachsungen, Narbensträngen und Keloiden. F. Harry-Wiesbaden.

Ein Beitrag zur Frage der trophischen Geschwüre, von E. Seifert-Würzburg. (M. m. W., 1922, Nr. 34, S. 1253.) In zwei Fällen schlossen sich an operative zirkuläre Durchtrennungen der Arteria femoralis bzw. poplitea trophische Geschwüre der betreffenden Extremität an. Seifert glaubt in der Unterbrechung der in den Gefäßscheiden verlaufenden Gefäßerweiterer die Ursache suchen zu müssen. Ausblicke auf die Arterienchirurgie ergeben sich damit von selbst. A. v. Notthafft-München.

Diffuse Atrophie der Haut und Schleimhaut (Abart der Dermatitis chronica atrophicans) (Atrophie cutanéo-muqueuse diffuse [variété de la dermatite chronique atrophique]), von M. Bloch und P. Blamoutier-Paris. (Presse méd., 1922, Nr. 88. S. 949.) Die Affektion, auch als Erythromelie (Pick), Akrodermatitis chronica atrophicans (Hartmann, Herxheimer) beschrieben, betraf ein 24jähr. Fräulein und hatte seit dessen 13. Lebensjahr, seit Beginn der Pubertät, bestanden. An den Händen und Füßen beginnend, hatte sich die Abnormität mehr oder weniger über den ganzen Körper ausgebreitet. Die Untersuchung der Nasopharynx ergab auch ein Befallensein erheblicher Schleimhautgebiete und außerdem das Bestehen eines offenbar kongenitalen, halbkreisförmigen, pharyngo-ösophagalen Divertikels. Eine durch Biopsie gewonnene Hautuntersuchung ergab ausgesprochene Hyperkeratose mit deutlichem Mißverhältnis zwischen dem sehr vermehrten Stratum corneum und dem atrophischen Zustand des Stratum

Digitized by Google

granulosum und der Corpora mucosa, Schwund der Papillen. Die Prüfung auf die Tätigkeit der endokrinen Drüsen ergab ein abnormes Verhalten derselben und führte zu einer Behandlung mit Schilddrüsenextrakt sowie mit Hypophysen- und Ovarienextrakten und Adrenalin, womit im Verlaufe von 4 Monaten eine wesentliche Besserung erzielt wurde. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

„Mirion" bei Lupus erythematosus (Il „Mirion" nel lupus eritematoso), von C. Maderna. (Riforma med., 1923, Nr. 6.) Bericht über 11 mit Mirion behandelte Fälle, von denen 6 mit M. allein, 5 mit M. und CO_2. In fast allen Fällen wurde eine deutliche Herxheimersche Reaktion beobachtet und teils Heilung, teils Besserung erzielt, indem das Infiltrat abflachte und die Schuppung sistierte. Von den geheilten Fällen keiner rezidiviert. Unter der Behandlung Besserung des Allgemeinbefindens. Technik: Serien von etwa 20 intramuskulären Injektionen von 1—5 ccm ansteigend.
E. Freund-Triest.

Maligne Neubildungen.

Epithelioma bei Lupus erythematodes, von Bogrow. (Medicinski Journal, 1923, Nr. 1/2, S. 44.) Zu den 32 in der Weltliteratur vorhandenen Fällen von Lupus erythematodes-Karzinom fügt weiland Bogrow eine weitere Beobachtung. Bei dem 41jähr., angeblich 17 Jahre an Lupus leidenden Kranken stellte sich 7 Jahre nach Behandlung des Lupus erythematodes mit Röntgenstrahlen ein Karzinom der Wange ein, welches zum Exitus letalis führte. A. Jordan-Moskau.

Krebshaare, von Hermann Schridde-Dortmund. (M. m. W., 1922, Nr. 45, S. 1565.) Man findet regelmäßig bei Krebskranken an den Haaren des Kopfes und Gesichtes, daß ein mehr oder minder großer Teil dieser Haare eine rein tiefschwarze Färbung aufweist; dabei ist das einzelne Haar glanzlos, starrer, straffer und anscheinend auch dicker. Auf weißes Papier gelegt, ahmt das Haar den Eindruck eines Tuschestriches nach. Die Zahl der schwarzen Haare ist verschieden groß. Sie kommen nur an lichtbestrahlten Stellen vor, daher nicht am Körper, dagegen im Gesicht vor allem an den Schläfen und im Bart. Die Verfärbung findet sich schon bei den jugendlichen Krebskranken, nicht bei Rothaarigen. Stärkere Ausbreitung und Alter des Krebses zeigen auch eine Mehrung der Schwarzhaare. Ähnlich sind die Verhältnisse in der Haut: Dunkelfärbung durch Chromatophorenvermehrung. Stärkere Ausbreitung entsprechend der stärkeren Ausbreitung der Krebse. Sarkome scheinen diese Veränderung nicht zu bedingen. A. v. Notthafft-München.

Über die Beteiligung des Bindegewebes bei der experimentellen Krebsbildung, von R. Bierich, Inst. f. Krebsforschg. Hamburg-Eppendorf. (Virch. Arch., 1922, Nr. 209, H. 1, S. 1—19.) Verf. konnte an weißen Mäusen feststellen, daß Teer und Röntgenstrahlen und bis zu einem gewissen Grade auch Arsen im Epithel und Bindegewebe Zustandsänderungen der physikalisch-chemischen Struktur bewirken. Dabei ist das Epithel durch eine erhöhte Wachstumsenergie, das Bindegewebe dagegen durch einen erhöhten „Widerstand" gegen das vordringende Epithel gekennzeichnet. 16 sehr klare Textabbildungen. Die Versuche des Verf., mit Milchsäure gleichfalls eine Virulenzsteigerung transplantierter Tumoren oder eine Wachstumsbeschleunigung experimentell erzeugter Tumoren hervorzubringen, schlugen fehl (was ja auch in Übereinstimmung steht mit den sonstigen negativen Nachprüfungsversuchen der von Much behaupteten Virulenzsteigerung apathogener Mikroorganismen durch Milchsäure. D. Ref.)
F. Jacobsohn-Berlin.

Zur Erkennung regionärer Krebsrezidive in der Haut, von F. Franke-Braunschweig. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 51, S. 1885.) Verf. überstreicht die rezidivverdächtige Stelle mehrmals hintereinander fest mit dem Finger; danach soll man jetzt selbst kleinste Rezidive als kleine Knötchen in der Haut fühlen und sie kurz darauf als kleine, weißliche, papelähnliche Hervorragungen sehen, die sich dann von selbst oder bei weiterem Streichen etwas röten. Diese Erscheinungen halten meist 5—10 Minuten an. Verf. erklärt das Phänomen damit, daß die Krebszellen ein Gift absondern, das auf die Umgebung einen Reiz ausübt, der wohl hauptsächlich die Gefäße und Nerven betrifft. Er empfiehlt, die Operierten in bestimmten Abständen zur Untersuchung auf diese Erscheinung zu bestellen. F. Landauer-Berlin.

Endotheliom der männlichen Brust nach Verletzung (A Case of Endothelioma of the Male Breast Following an Injury), von H. K. Griffith. (Lanc., Nr. 5184, S. 22.) Mitteilung eines Falles, in dem bei einem 50jähr. Patienten einige Wochen nach einem

Digitized by Google

Hufschlag gegen die Brust dicht über der rechten Brustwarze ein Tumor auftrat. Die Diagnose Epitheliom wurde durch das mikroskopische Bild gesichert.

R. Erichson-Kiel.

Über Ulcus rodens vulvae, von Friedrich Jess-Freiburg. (Zbl. f. Gyn., 1923, Nr. 13, S. 509.) Die Ätiologie des Ulcus rodens ist immer noch unklar. Verf. glaubt, daß ein wesentliches Moment bei seiner Entstehung der Allgemeinzustand spielt. Es handelt sich häufig um körperlich sehr heruntergekommene Menschen. Lokal werden vorsichtige Ätzungen mit Acid. carbolic. liquefact. bzw. $AgNO_3$ empfohlen, wenn nötig Pinselungen mit Jodtinktur. Erst wenn diese örtliche Therapie erfolglos bleibt, sollte man an die operative Entfernung des Ulkus gehen. Vorbedingung für ihr Gelingen aber ist ein kräftiger Allgemeinzustand. F. Landauer-Berlin.

Ein Fall von Karzinomentwicklung auf dem Boden eines Atheroms am Ohr, von C. Häbler-Würzburg. (M. m. W., 1923, Nr. 13, S. 395.)

A. v. Notthafft-München.

Über Lentigo maligna, eine seltene, besondere Form des Hautkarzinoms, von Günther-Kob-Breslau. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 127, H. 3, S. 709 bis 715.) Beschreibung eines sehr interessanten Falles. Histologisch: bei im übrigen auffallend papillenarmer Haut in die Tiefe wuchernde Epidermiszellen, die dicht aneinander gelagert sind, unter ihnen riesengroße Zellen, ferner Verhornung und Hyperkeratose. Therapie: radikale Operation mit allen Lymphdrüsen.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Die Behandlung des Ulcus rodens mit Chromsäurelösung (The Treatment of Rodent Ulcer by Chromic Acid Solution), von A. D. Kennedy-Wick, Caithness. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3227, S. 844—845.) Verf. empfiehlt die Behandlung des Ulcus rodens mit 10%iger Chromsäurelösung besonders dem Landarzt, der aus äußeren oder sozialen Gründen die Patienten nicht in die oft weit entfernte Stadt zur Radium- oder Röntgenbestrahlung schicken kann. Nach Entfernung der das Ulkus bedeckenden Kruste und Reinigung des Geschwürsgrundes mit Aq. dest. wird die Chromsäure darauf und auf die umgebende Haut mit einem feinen Pinsel aufgetragen. Dies wird täglich einmal wiederholt, bis der Pat. anfängt, über Schmerzen zu klagen, denen dann bald Rötung und Ödem folgen. Dies tritt etwa am 10. Tage ein, dann wird die Therapie ausgesetzt und mit indifferenter Salbe behandelt, bis die Entzündung abgeklungen ist. Dann wird die Ätzung fortgesetzt. Man erlebt häufig im Beginn der Behandlung eine Größenzunahme des Geschwürs, dem die Rückbildung aber bald folgt. Das Geschwür heilt in den meisten Fällen schnell ab und auch die indurierten Ränder werden flach.

A. de Lemos-Hamburg.

Beiträge zur Chirurgie der Mundschleimhautkarzinome, von Leopold Heidrich-Breslau. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1923, Bd. 128, H. 2.) Verf. gibt ein gutes, durchgearbeitetes Bild über obiges Thema, Ätiologie, Literatur und den Standpunkt der heutigen Therapie, insbesondere über die bisherigen Operationsmethoden. Die von ihm angegebene Radikaloperation führt zu guten Resultaten.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Zungenkrebs als Gegenstand diagnostischer und Behandlungsirrtümer (Cancer of the Tongue. Some Pitfalls in Diagnosis and Treatment), von W. S. Bainbridge-New York. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 18, S. 1480—1483.) Beschreibung von 7 Fällen, dazu 4 Abb. Im übrigen nichts Neues. F. Quasig-Hamburg.

Krebs des Hodensacks (Cancer of the Scrotum), von A. H. Southam und S. R. Wilson. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3229, S. 971.) Die Verff. beobachteten von 1902 bis 1922 141 Fälle von Hodenkrebs. Sie betrafen Baumwollspinner (69), Teer- und Paraffinarbeiter (22), Schornsteinfeger (1), verschiedene Beschäftigungen (38). Bei 11 Fällen war die Art der Tätigkeit der Patienten nicht angegeben. Auffällig ist die hohe Zahl bei den Baumwollspinnern. Für das Skrotumkarzinom dieser Arbeiter ist als ätiologischer Faktor das Öl anzuschuldigen, mit dem die Spindeln geschmiert werden und das bei deren dauernder Bewegung die Kleidung durchtränkt und in innige Berührung mit den Lenden und Genitalien kommt. Diese Art Krebs sitzt meist an der vorderen Seite der linken Skrotalhälfte. Ob der Karzinomentwicklung ein prämonitorisches Stadium der Erkrankung vorausgeht, konnte nicht sicher festgestellt werden. Die Therapie besteht in frühzeitiger und radikaler Exstirpation des Tumors. E. Sklarz-Berlin.

Ein Fall von Krebs nach Arsenkeratose (A case of Arsenical Keratosis Followed by Cancer), von Henry C. Semon. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3229, S. 975.) Bei einem Pat., der seit seinem 12. Lebensjahr an Psoriasis litt, entwickelten sich im Verlaufe

Digitized by Google

erheblicher Arsenmedikation Pigmentierung des Abdomens und warzige Neubildungen an Handflächen und Fußsohlen (1901). Obwohl die Präparate sofort abgesetzt wurden, entstand 1914 ein kleines schmerzloses Geschwür am Außenrand der rechten Fußsohle auf einer solchen Exkreszenz. Bis 1922 Fortentwicklung zu ausgedehntem Karzinom (Stachelzellen-Karzinom). Amputation des Unterschenkels im unteren Drittel. Heilung. Bei frischen und kleinen derartigen Krebsen ohne nachweisbare Drüsenmetastasen kann man einen Versuch mit Röntgenbestrahlungen machen. Lokale Exzision ist nicht empfehlenswert, bei größeren Tumoren radikales chirurgisches Vorgehen. E. Sklarz-Berlin.

Neue Wege in der Krebsbehandlung, von Kupferberg-Mainz. (M. m. W., 1923, Nr. 1, S. 6.) Ein lösliches Salz des Radiothor spritzte Lazarus zur Unterstützung der lokalen Krebsbehandlung in die Venen ein; ein unlösliches hat der Verf. in Aufschwemmung tropfenweise in Tumoren eingespritzt. Es kommt zur Schrumpfung ohne unangenehme Begleiterscheinung. (Beobachtungsmaterial noch gering.) Die Methode kann vielleicht noch durch nachträgliche Röntgenbestrahlung unterstützt werden, welche Sekundärstrahlung des deponierten, unlöslichen Salzes hervorruft.

A. v. Notthafft-München.

Zur Frage des multiplen, idiopathischen, hämorrhagischen Sarkoma Kaposi, von Krupnikow. (Wratschebnaja Djelo, 1923, Nr. 1—5.) In dem vom Verf. an der Iwanowschen Klinik zu Moskau beobachteten Fall von Sarcoma Kaposi bei einem 27jähr., angeblich ein Jahr kranken Hebräer handelte es sich um ein ziemlich derbes und stark ausgesprochenes Ödem der Füße und Hände, wie um Flecke, Knötchen und Knoten von verschiedener Größe und Form von rosa, bläulichroter und grauschwarzer Färbung. Die Krankheitserscheinungen saßen meist symmetrisch. Die histologische Untersuchung verschiedener Flecken und Knoten ergab überall einen Ausgang des Prozesses von den Gefäßen. Die Wände derselben, besonders das Endothel und die Adventitia erwiesen sich aufgequollen mit Bildung von Mitosen der Zellen und später von perivaskulären Infiltraten, bestehend aus lymphoiden und Plasmazellen. Im weiteren Verlauf kommt es zu Blutaustritten, Ablagerung von Pigment und Sklerosierung des Gewebes. Bei den ältesten Knoten beobachtete man außer den vermehrten lymphoiden Zellen vorwiegend Spindelzellen, welche der Geschwulst den Charakter eines Fibrosarkoms geben. Zwischen den Feldern von Sarkomgewebe sieht man Gruppen dünnwandiger Gefäße, die sich zu kleinen, angiomatösen Inseln anordnen. Therapeutisch erwies sich das Arsenik wirkungslos, die Behandlung mit X-Strahlen erfolgreich. Die Erscheinungen schwanden unter Pigmentbildung. Pat. konnte wieder seinem Beruf als Schneider nachgehen und stellte sich nach einem Jahr ohne Rezidiv vor. A. Jordan-Moskau.

Zur Kenntnis der sog. Xanthosarkome der Sehnenscheiden, von Ali Krogius. (Acta chir. Scand., 1922, Bd. 55, H. 4, S. 363—383.) So verschiedenartig der pathologische Befund (lobierter Bau, Vorkommen von Riesenzellen, Xanthomzellen und Hämosiderin), so mannigfaltig ist auch das klinische Bild. Während die kleinen Fingertumoren in der Regel gutartig zu sein scheinen, nehmen die Geschwülste in der Vola manus, am Fuß und besonders am Vorderarm mit zunehmendem Wachstum einen mehr malignen Charakter an; sie greifen dann gern auf das umgebende Gewebe, auf Sehnen, Muskeln, Haut, bisweilen auch auf Knochen und Gelenkkapseln über. Die Therapie hat chirurgisch zu sein mit ausgiebiger Entfernung alles Kranken und eventueller nachfolgender Röntgenbestrahlung. F. Landauer-Berlin.

Über Lymphogranulomatose, insbesondere an den großen Gallengängen, von H. Stahr und J. Synwoldt. (M. Kl., 1922, Nr. 13, S. 404—409.) Mitteilung von zehn Fällen aus dem pathologischen Institut des städtischen Krankenhauses zu Danzig. Hervorgehoben wird die Wichtigkeit der histologischen Diagnose des aus dem Lebenden entnommenen Gewebes. Die Männer überwiegen bei diesem kleinen Material ganz bedeutend (7 : 3). Es handelte sich um Spätformen mit einer einzigen Ausnahme bei einem 20jähr. Mädchen. Amyloidose konnte nur einmal mit Beteiligung der Gallengänge festgestellt werden. Auch bei den fest verwachsenen Gruppen bleiben die Lymphknoten immer getrennt. Eine Beteiligung der Milz mit spezifischen Krankheitsprodukten lag fast durchweg vor. G. Heymann-Elbing.

Über Hauterscheinungen bei Erkrankungen des myeloischen Systems (myelogene Leukämie, Chlorome, Myelome), von E. Zurhelle-Bonn. (D. m. W., 1922, Nr. 48, S. 1610—1612.) Für die Diagnose sind folgende Merkmale von Wichtigkeit: 1. Das stürmische Auftreten von rein kutanen, blauroten, zum Teil halbkugeligen Knoten; 2. deren Schmerzhaftigkeit beim Drücken zwischen den Fingern; 3. ihre zeitweise gelbgraue, chloromähnliche Färbung im Zentrum; 4. das besonders die Schweißdrüsen um-

Digitized by Google

gebende tumorartige Infiltrat von myeloblastischen Zellen; 5. die rasche Rückbildung der Knoten auf einmalige Röntgenbestrahlung. Verf. gibt eine Übersicht über die in der Literatur veröffentlichten Fälle und teilt einen selbst beobachteten Fall mit.

F. Harry-Wiesbaden.

Über einen Fall von Lymphogranulomatose mit Durchbruch durch die Haut unter besonderer Berücksichtigung der in der Literatur niedergelegten Fälle von Lymphogranulomatose mit infiltrativem Wachstum, von Heinrich Meyerinch, Path. Inst. d. Univ. Göttingen. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 176, H. 1/3, S. 185 bis 216.) Das Übergreifen lymphogranulomatöser Prozesse aus der Nachbarschaft auf die Haut, auch nur im Sinne einer Verwachsung, ist außerordentlich selten beschrieben worden. Der in der rechten Achselhöhle gelegene Tumor, bei dem es sich zunächst um Achsellymphome gehandelt hatte, zerstörte in ständigem Vordringen zunächst Subkutangewebe und Korium; das Übergreifen des Prozesses auf die Epidermis erfolgte vorwiegend von den obersten Spitzen des Stratum papillare aus. Schließlich kommt es zum Durchbruch durch die Haut und zur pilzartigen Wucherung des Granulationsgewebes über diese hinaus. Außerordentlich aggressiv zeigte sich die Geschwulst ferner durch Zerstörung der darunter liegenden Muskulatur und Durchdringung zahlreicher Gefäße mit Granulomgewebe. Trotzdem ist der für manche Fälle angenommene Übergang in ein echtes Neoplasma hier nach dem histologischen Befunde abzulehnen und an dem Vorliegen eines entzündlichen Prozesses festzuhalten. Auffallend zahlreich waren die eosinophilen Zellen, die mit dem Fortschreiten des Prozesses in Beziehung zu stehen schienen. Für die Annahme einer tuberkulösen Natur der Erkrankung sprachen in dem Falle verschiedene Tatsachen.

E. Levin-Berlin.

Mund und Nase.

Die Abszesse der Zunge (Les abcès de la langue), von V. Combier und J. Murard-Lyon. (Presse méd., 1922, Nr. 73.) Die Verff. stellen fest, daß in der Zunge selten infektiöse akute Prozesse stattfinden, im Gegensatz zu den Gaumenmandeln, dem Gaumen und dem Zahnfleisch. Diese Tatsache soll durch den kräftigen Bau der bedeckenden Schleimhaut, das Fehlen einer stärkeren submukösen Schicht und den geringen Bindegewebsräumen des vorwiegend aus Muskel bestehenden Organes zu erklären sein. Die akute Glossitis hat ihren Sitz an zwei verschiedenen Stellen, oberflächlich oder tief. Die oberflächlichen Fälle sind nach Broca als Äußerung einer Stomatitis auf der Zunge anzusehen, die tiefen stellen Abszesse dar, von denen ein Teil nur auf ödematöser, fluktuierender Schwellung ohne Eiter beruht. Sie entwickeln sich in den Räumen zwischen den Muskeln, in der Mittellinie zwischen den beiden Genioglossi, andere lateral davon, endlich nach Kilian im Raume zwischen Hyoglossus und Genioglossus, wo die Arteria lingualis verläuft. An der Hand von zwei charakteristischen Fällen wird das Bild der Glossitis vorgestellt. Die Zunge schwillt plötzlich an, ein geringer, nicht immer vorhandener Trismus erlaubt die oft bis an den harten Gaumen sich andrängende Zunge zu sehen. Auf der Zunge sind die Abdrücke der Zähne oft als ulzerierende Flächen zu sehen. Die Schwellung ist aber nicht immer so stark, sie kann auch auf eine Stelle, meistens auf ein Randgebiet beschränkt sein. Bei tiefliegenden Abszessen ist die Schwellung immer diffus. In extremen Fällen ragt die stark geschwollene Zunge aus dem geöffneten Munde hervor; sonst liegt sie fest am Gaumen, unbeweglich und stark schmerzhaft bei jedem Bewegungsversuch. Die Regio subhyoidea ist ebenfalls geschwollen und man fühlt tief unter ihr eine Verhärtung. In der Regio submaxillaris sind die Lymphdrüsen schmerzhaft geschwollen. Die begreifliche Störung für den Pat. ist die Schwierigkeit der Nahrungsaufnahme, Kauen ist unmöglich, ebenfalls das Schlucken, das oft von Erstickungsanfällen begleitet wird. Die Sprache ist behindert oder erfolgt unverständlich durch die Nase. Der Kranke ist schlaflos mit offenem Munde, aus dem reichlich Speichel fließt. Der Atem riecht fötid. Bei verhältnismäßig geringer Temperatur von 38° beobachtet man doch öfter Schüttelfröste. Die oberflächlichen Prozesse, besonders wenn ihre Ausdehnung auf eine Stelle begrenzt ist, haben keine große Bedeutung, indem sie sich bald spontan öffnen. Die tiefliegenden Prozesse haben im Gegensatz dazu keine Neigung, sich selbst zu öffnen. Mit der Tracheotomie muß man bei sich entwickelndem Glottisödem bei der Hand sein. Therapeutisch wird, außer den unterstützenden allgemeinen Maßnahmen, Gurgeln mit H_2O_2, heiße Umschläge, Skarifikationen in Frage kommen, das einzig Richtige ist aber die operative Entleerung des Abszesses.

F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Digitized by Google

Tuberkulöse Erkrankungen der Zunge (Tuberculous Affections of the Tongue), von R. M. Handfield-Jones. (Lancet, 1922, Nr. 5184, S. 8.) Der Verf. teilt 5 Fälle von Zungentuberkulose mit. Auffallend ist in der Literatur das stärkere Befallensein des männlichen Geschlechts, das Verhältnis schwankt zwischen 5:1 und 23:1, auch unter den mitgeteilten 5 Fällen befinden sich drei Männer. Die Infektionsmodi sind: 1. direkte Inokulation, 2. Inokulation vom Speichel aus (der häufigste Weg), 3. der Blutweg, 4. der Lymphstrom, 5. Weitergreifen eines tuberkulösen Prozesses von der Umgebung auf die Zunge. Man kann sieben Formen von Zungentuberkulose unterscheiden, den typischen kleinen Tuberkel bei Miliartuberkulose, die tuberkulöse Granulationsgeschwulst, den kalten Abszeß, das Geschwür (häufigste Form), die Fissur, die papillomatöse oder verruköse Form und den Lupus. Die Symptome sind verschieden, je nach Form der Tuberkulose. Die klinische Diagnose ist oft nicht leicht zu stellen, so daß im allgemeinen zur Sicherung der Diagnose eine mikroskopische Untersuchung zu fordern ist. Bei tuberkulösem Tumor kommt differentialdiagnostisch in Betracht Lipom, Fribrom, Myom, Neurofibrom, Endotheliom, Sarkom, Karzinom, Gumma und Aktinomykose. Eine Hilfe in der Diagnosenstellung liegt darin, daß in der Mehrzahl der Fälle eine Lungentuberkulose besteht. Dem Verf. erscheint überhaupt das Bestehen eines primären tuberkulösen Tumors der Zunge zweifelhaft. Beim tuberkulösen Ulkus kommt differentialdiagnostisch in Betracht das traumatische, das luetische und das karzinomatöse. Das tuberkulöse Zungengeschwür ist flach, gelbgrau, hat keine unterminierten Ränder, sondern diese fallen schräg ab, auf dem Grund finden sich blaßgelbe Granulationen, es besteht keine Induration und das Geschwür ist sehr schmerzhaft. Oft findet man dabei eine Lungentuberkulose. Als Hilfsmittel in der Diagnosenstellung kommen in Betracht zunächst die Tuberkulinproben und der „Pirquet", doch hält der Verf. beide für völlig wertlos. Ob die neu ausgearbeitete Komplementbindungsprobe bessere Resultate liefert, muß die Erfahrung lehren. Bei Untersuchung von abgekratztem Gewebe lassen sich eventuell Tuberkelbazillen finden. Eindeutig und typisch und so die beste Stütze der Diagnose ist das histologische Bild. Sichere Resultate liefert dann noch die Meerschweinchenimpfung. Die Behandlung richtet sich nach dem Typus des Falles. Das Tuberkulom sollte total exzidiert werden. Beim tuberkulösen Geschwür ist die beste Methode die Zerstörung des Geschwürs durch Elektrokoagulation vermittels des Diathermieapparates.

R. Erichson-Kiel.

Ulceröse Stomatitis bei Kindern und ihre Behandlung (Ulcerative Stomatitis in Children and its Treatment), von D. Paterson-London. (Brit. m. J., 1923, Nr. 3238, S. 104.) Da bei dieser Affektion die Vincentsche Spirochäte und ein fusiformer Bazillus die ätiologischen Faktoren abzugeben scheinen, empfiehlt Verf. sechsstündige Pinselungen mit: R. Liquor arsenicalis, Vin. ipecac., Glyzerin (āā 2), Aq. menth. pip. (8). Von dieser Lösung werden 15 Tropfen mit 7—8 ccm Wasser verdünnt und die affizierten Schleimhautpartien damit betupft; größere Kinder setzen einige Tropfen zum Wasser zum Zähnebürsten hinzu. Innerlich soll Kaliumchlorid (0,70—1,0 für Kinder unter resp. über 1 Jahr in 24 Stunden) gegeben werden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Untersuchungen über die Munddesinfektion, von H. Leo-Bonn. (D. m. W., 1923, Nr. 2, S. 39—40.) Die bakterizide Wirksamkeit der Munddesinfektionsmittel ist um so größer, je länger sie im Speichel chemisch nachweisbar sind. Bei den in Wasser schwer- und unlöslichen Substanzen dauert ihre Nachweisbarkeit im allgemeinen länger, jedoch nicht mehr als $^1/_2$ Stunde. Immerhin ist anzunehmen, daß unlösliche Desinfektionsmittel noch in der Mundhöhle vorhanden sind und antibakterielle Wirkung entfalten können, trotzdem sie im Speichel nicht mehr nachweisbar sind. Am besten haben sich Jodoformersatzpräparate bewährt.

F. Harry-Wiesbaden.

Syphilis des Mundes (Gemeinsame Neigung der Haut und der Mundschleimhaut zu denselben pathologischen Prozessen) (Syphilis of the Mouth Common Tendency of the Mouth and Skin to the Same Pathologic Processes), von W. A. Pusey-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 16, S. 1285—1289.) Nichts Neues.

F. Quasig-Hamburg.

Über die Spirochätenerkrankung der Tonsillen im Verlaufe der akuten Angina (Sur la spirochétose amygdalienne au décours des angines aiguës), von Emilio Rodriguez. (Thèse de Paris, 1922.) Im Verlaufe akuter Anginen treten häufig Schmerzen auf, die auf einer linsengroßen Erosion beruhen; sie zeigt glatte, nicht erhabene Ränder, glatten oder leicht granulierten Grund von Fleischfarbe, der Grund ist nicht induriert, die Umgebung zeigt normales Aussehen, Drüsenschwellungen können vorhanden sein. Bakteriologisch finden sich zahlreiche Spirochäten, besonders Sp. den-

Digitized by Google

tium und buccalis in Symbiose mit fusiformen Bakterien. Die Keime dringen durch die ganze Dicke des Epithels, die Zone des Eindringens wird durch eine Zone intensiver Leukozytose begrenzt. Die Affektion ist sehr häufig zusammen mit der gleichfalls auf Spirochäten beruhenden marginalen Gingivitis oder der Pyorrhoea alveolaris. Die Behandlung erfolgt mit Salvarsan örtlich und allgemein. Prophylaktisch Zahnpflege.
E. Levin-Berlin.

Über Plaut-Vincentsche Angina, von Eugen Fraenkel-Hamburg. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrh., 1922, Bd. 97, H. 1/2, S. 162.) · Zu den bisher noch in recht geringer Zahl vorliegenden pathologisch-anatomischen Mitteilungen über die Plaut-Vincentsche Angina liefert Verf. unter Beibringung ausgezeichneter instruktiver Photogramme einen weiteren Beitrag. Die Erkrankung lokalisiert sich ausgesprochen an dem lymphatischen Apparat und ist in dem vorliegenden Falle bis zum Kehlkopf heruntergewandert. Die Lokalisation am Kehlkopf dürfte auch sonst viel häufiger sein, und es wäre wesentlich, in Zukunft mehr auf diesen Sitz bei den Untersuchungen zu achten. Hervorzuheben ist weiterhin, daß die Erkrankung zunächst in Form einzelner kleiner Herde auftritt, die erst im Laufe der Krankheit konfluieren. Histologisch findet sich im Krankheitsbereich eine völlige Gewebsnekrose. Im Bereich der Nekrosen ist Fibrin nirgends nachweisbar. Über die pathogene Rolle der fusiformen Bazillen dürfte kein Zweifel bestehen. Sie finden sich an der Oberfläche in dichten Rasen und sind in den tieferen Schichten bis herab zum gesunden Gewebe diffus in Einzellagerung und in Bündeln vorhanden. Ebenso ist sicher, daß die Spirillen im Gewebe vordringen und eine pathogene Rolle ausüben; ob sie als Schrittmacher für die fusiformen Bakterien anzusehen sind, ist vorläufig nicht zu entscheiden, dagegen steht fest, daß dort, wo durch spirillozide Mittel die Spirillen abgetötet sind, auch die fusiformen Bakterien ihre Pathogenität verlieren und zugrunde gehen oder als harmlose Saprophyten im Gewebe liegen bleiben.
E. Langer-Berlin.

Leukoplakie der Wangenschleimhaut, Leukoplakia buccalis, von H. H. Hazen und F. J. Eichenlaub-Washington. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 18, S. 1497 bis 1489.) Verf. hat 10 Fälle von Leukoplakie letzthin beobachtet. Auf Grund seiner Beobachtungen sowie den Zusammenstellungen aus der Literatur hat sich ergeben, daß in den meisten Fällen die Leukoplakie durch schadhafte, schartige Zähne, in zweiter Linie durch Tabakgenuß und hin und wieder auch durch Syphilis bedingt ist. In therapeutischer Hinsicht nichts Neues.
F. Quasig-Hamburg.

Zur Frage der infektiösen Ursache der Ozäna, von Bruno Busson-Wien. (M. m. W., 1923, Nr. 19, S. 426.) Der von Perez beschriebene Kokkobazillus wurde im Sekret von Ozänakranken gefunden. Frische Fälle beherbergen ihn reichlicher, ältere spärlicher. In den Krusten kann er fehlen. Mit dem Bazillus und seinen Giften kann man am Tier nasale Veränderungen erzeugen.
A. v. Notthafft-München.

Haare und Nägel.

Röntgenreizdosis bei Alopecia areata, von Thedering-Oldenburg. (D. m. W., 1923, Nr. 3, S, 89—90.) Die Reizdosis entspricht einer Strahlenmenge von 1—2 X unter $^1/_2$—2 mm Aluminiumfilter. Sie muß in Abständen von 2 Wochen so lange wiederholt verabreicht werden, bis wieder neue Haare wachsen. Zur Beseitigung der die Alopezie meist begleitenden Seborrhoe wird die Behandlung mit 25%igem Thigenol-Glyzerin und Pixavon empfohlen.
F. Harry-Berlin.

Endokrin-sympathische Störungen als Grundlage der Alopecia areata (Le syndrom endocrino-sympathique de la pelade), von A. Lévy-Franckel und E. Juster. (Presse méd., 1922, Nr. 79.) Ausgehend von der Anschauung, daß zwischen Sympathikus und endokrinen Drüsen so enge Beziehungen bestehen, daß ihr wechselseitiger Einfluß aus ihnen gewissermaßen ein einheitliches Organ macht, wird die physiologische Pathologie der Alopecia areata einer neuen Betrachtung unterzogen. Man findet fast regelmäßig leichte Erregbarkeit, Abmagerung oder Fettleibigkeit, bisweilen gehen Anfälle örtlichen Juckens dem Auftreten der Alopezie vorauf oder folgen ihm. Von Störungen der endokrinen Drüsen finden sich sehr häufig Dysthyroidie, Hypothyreoidie oder noch mehr Hyperthyreoidie, von seiten der Ovarien bei Frauen Veränderungen der Menses, Obesitas, beim Manne bisweilen Frigidität, bisweilen scheinen auch Hypophysis und Nebennieren in Betracht zu kommen. Fast ausnahmslos war eine Beteiligung des Sympathikus nachweisbar: vasomotorische Störungen, die in demselben Maße wie die Alopezie zur Besserung vorschreitet, schwinden, die Haut ist sehr leicht verletzlich

Digitized by Google

und blutet länger als normal; Steigerung des okulo-kardialen Reflexes; die reflektorische Erregung der Arrectores pilorum, die ausschließlich vom sympathischen Nervensystem abhängig ist, findet sich auf der Haut der Alopeziekranken, schwindet jedoch im Bereiche der Plaques oder ist dort wenig ausgebildet, außer wenn Rückfälle eintreten oder die Plaques durch die Behandlung gereizt sind; bei einseitigen Alopezien waren Differenzen zwischen der erkrankten und der gesunden Seite festzustellen; ebenso verhält es sich mit Erscheinungen des nasofazialen Reflexes (palpebrale und faziale Kongestion, Exophthalmie, Anisokorie, einseitig lokalisierter Schweiß); Störungen des Hauttonus (Hypotonie von JACQUET, subdermales Ödem von SABOURAUD). Mit diesen Anschauungen stehen die therapeutischen Erfahrungen in Übereinstimmung (Organtherapie, Einwirkung des galvanischen Stromes oder der Radiotherapie auf die Relais des Sympathikus [Thyreoidea]). E. Levin-Berlin.

Zur spezifischen Ernährung der Haare. Bemerkungen über Hypertrichosis und Haarausfall, von E. PULAY-Wien. (M. Kl., 1922, Nr. 43, S. 1369.) P. ist der Ansicht, daß mit den Experimenten von ZUNTZ, welcher durch Darreichung eines leicht verdaulichen Hornhydrolysats (in dem Cystin fast restlos enthalten ist) eine Sondernährung der Haare herbeiführen wollte, nur ein kleiner Teil dieses weit allgemeiner zu fassenden Problems behandelt ist. Der Hornstoffwechsel ist für den Haarwuchs zweifellos von prinzipieller Bedeutung; das ihn regulierende Organ erblickt P. in der Hypophyse. Eine jede Funktionsänderung der Hypophyse wird eine Gleichgewichtsstörung in dem hier in Betracht kommenden Stoffwechsel nach sich ziehen und eine direkte Beeinflussung der Hypophyse nach der einen oder anderen Richtung hin muß zum Ausgangspunkt einer jeden derart orientierten Therapie werden. Eine sachgemäße Ernährungstherapie der Haare müßte also darin bestehen, dem Keratin den glandulären Anteil der Hypophysensubstanz und weiteres Keimdrüsenhormon hinzuzufügen. Nach allem möchte P. die Hypertrichosis aus einer gesteigerten Funktion der Hypophyse und den Haarausfall mit einer Unterfunktion derselben in Verbindung setzen, wobei dieser Hypophysenfunktion die Schilddrüsenfunktion parallel läuft. M. Stern-München.

Über das frühzeitige Auftreten der Glatze (De la calvitie précoce), von R. SABOURAUD. (Presse méd., 31. Mai 1922, S. 465—467.) Am auffallendsten erscheint es S., daß wir an den Anblick glatzköpfiger junger Männer so gewöhnt sind, daß wir nicht einmal mehr darüber erstaunt sind, während in Wirklichkeit diese Alterserscheinung bei jungen Leuten, und zwar nur männlichen Geschlechts, etwas ganz Abnormes ist. Der Haarausfall beginnt während der Pubertätszeit, und vor dem 30. Lebensjahr ist trotz aller Behandlung mit allen möglichen Fetten und Spirituosen meist selbst oder vom Friseur, selten vom Arzt verordnet, die Glatze da! Mikroskopisch weist das ausgefallene Haar dieselben Anzeichen auf, wie bei jeder Alopezie. In den weißlichen Kolben am Ende des Haares finden sich, nach S. entweder rein oder gemischt, der Mikrobacillus seborrhoicus und die MALLASSEZschen Sporen und Kokken. Aber die ganze Art der Entstehung dieser Glatze immer im gleichen Alter familiär, in der gleichen Lokalisation, in der gleichen Art des Vorwärtsschreitens, immer nur beim Mann, sprechen dafür, daß dem Bazillus hierbei eine untergeordnete Rolle zukommt. Daß dem Auftreten während der Pubertätszeit eine Bedeutung zukommt, zeigt sich auch wohl darin, daß laut Berichten aus Asien, wo die Glatze sonst auch bekannt ist, diese nie bei Eunuchen beobachtet wurde. Auch sonst scheinen Beziehungen zwischen Genitalsphäre und Haarausfall zu bestehen; denn die an Haarausfall leidenden Frauen beobachteten während und nach der Gravidität ein Sistieren des Ausfalls. Die Entstehung der typischen Glatze nach einer schweren Erkrankung (Typhus usw.) hält Verf. für eine Fabel. Was die Therapie anlangt, kennt Verf. nichts, was wirklich anhaltende gute Erfolge gäbe. Das wirksamste Mittel ist und bleibt der Schwefel. Am besten Schwefelkohlenstoff mit 3—4% Schwefel. Als Rezept gibt S. an: Azeton oder Xylol 75,0, Tetrachlorkohlenstoff 75,0, Schwefelkohlenstoff 150,0, Schwefel (präcip.) 9,0. A. de Lemos-Hamburg.

Die Diagnose der Totalalopezie (Diagnostic des Alopécies profuses), von R. SABOURAUD-Paris. (Presse méd., 1923, Nr. 2, S. 14.) Bericht über einen Fall von totalem Defluvium capillitii bei einem 17jähr. Jüngling ohne erkennbare Ursache und einem ähnlichen Fall bei einem 13jähr. Mädchen mit Beginn genau 13 Tage nach erlittener Vergewaltigung auf offener Straße. Bei beiden Kranken trat völlige Wiederherstellung des Haarwuchses ein. Eine eigentümliche Tatsache ist es, daß nach Röntgenbestrahlung das Ausfallen der Haare prompt nach 13—14 Tagen einsetzt, während nach sonstigen Schädigungen, Infektionskrankheiten u. dgl., das Absterben der Haare 70—80 Tage erfordert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Über die Verwendung der Röntgenreizdosis bei Haarkrankheiten, von THEDERING-Oldenburg. (Strahlenther., Bd. 14, H. 1, S. 149.) Unter Reizdosis für die Kopfhaut versteht TH. 1—2 X unter $^1/_2$—2 Al.-F. alle 2—3 Wochen bei vierstelliger Kopfeinstellung. Anwendung bei Alopecia areata, Seborrhoe, Ekzem, Pruritus.

G. W. Unna-Hamburg.

Die bisherigen Ergebnisse der Dauerentfernung von Haaren durch Röntgenstrahlen, von F. M. MEYER-Berlin. (D. m. W., 1923, Nr. 5, S. 152.) Bei Anwendung gewisser Kautelen gelingt es ohne Dauerschädigungen die Hypertrichosis zu beseitigen. Das Gesicht wird in 6 Felder eingeteilt, von denen jedes Feld etwa 250—350 F. einer durch 4 mm Aluminium gefilterten Strahlung erhält. Drei Bestrahlungen sind für jedes Feld mindestens erforderlich. Zwischen der 1. und 2. Bestrahlungsserie wird eine Pause von 6—8 Wochen, zwischen der 2. und 3. Bestrahlungsserie eine solche von 8—10 Wochen empfohlen. Während der Behandlung ist die Anwendung des Rasiermessers, der Pinzette, ferner von Depilatorien, die Reinigung mit Wasser und Seife verboten. Die Reinigung des Gesichts darf nur mit lauwarmen Öl erfolgen. Zur Verhinderung von Zahnschädigungen müssen während der Bestrahlung Oberkiefer und Unterkiefer mit Bleiblech abgedeckt werden.

F. Harry-Wiesbaden.

Röntgenreizdosis und Haarkrankheiten, von THEDERING-Oldenburg. (M. m. W., 1922, Nr. 40, S. 1430.) THEDERING verwendet seit Jahren an Stelle einer Quecksilberlampe Röntgen bei der Behandlung der Alopecia areata. Ein kleiner Teil der Epilationsdosis (11 X), etwa 1—2 X werden bei $^1/_2$—2 mm Filter in zweiwöchigen Abständen von 4 Punkten aus so lange über dem Scheitel ausgestreut, bis die Haare wieder wachsen.

A. v. Notthafft-München.

Über eine Erkrankung des Nagelfalzes von syphiloidem Aussehen, verursacht durch den Bacillus fusiformis, von M. TIÈCHE. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 51/52, S. 1259.) Gleichzeitig mit sekundär-syphilitischen Erscheinungen bestand bei einem Konditor eine Onychia sicca mehrerer Finger, die durch die kombinierte Syphiliskur nicht beeinflußt wurde. Ein halbes Jahr später wiederholte Roseola, die Onychie hat sich inzwischen wesentlich verschlimmert, Endphalange des linken Mittelfingers blauviolett verfärbt, stark aufgetrieben und auf leiseste Berührung außerordentlich schmerzhaft; an Stelle des Nagelbettes, das nur noch im Zentrum erkenntlich war, tiefes ringförmiges Geschwür mit scharfem Rande und grau-grünlichem nekrotischem Grunde. Auf Druck entleerte sich widrig riechender Eiter. Mikroskopisch ergaben sich Reinkulturen von fusiformen Bazillen und Spirillen. Weitere Verschlimmerung trotz Neosalvarsan- und Hg-Behandlung und lokaler Applikation von grauem Pflaster, jedoch rapide Abheilung innerhalb 48 Stunden nach täglich zweimaligem Bestäuben mit Altsalvarsanpulver. Dieser Erfolg spricht neben dem mikroskopischen Befunde für die Abhängigkeit der Erkrankung von den fusiformen Bazillen. Zur Erklärung des Falles wird angenommen, daß der Patient auf seine schon vorher (infolge seines Berufes als Konditor) bestehende Onychia sicca von einer während der Syphiliskur aufgetretenen Stomatitis durch Hineinfassen mit den Fingern in den Mund fusiforme Bazillen inokuliert hatte.

E. Levin-Berlin.

Dermatomykosen.

Dermatomykosen, von FELIX PINKUS-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 50, S. 1593.) Sammelreferat.

E. Langer-Berlin.

Stirngumma mit scherender Flechte, Bericht über einen Fall (Gumma of the Forehead with Ringworm, Report of a Case), von HERMAN GOODMAN-New York. (J. Am. m. Ass., 1922, Bd. 79, Nr. 24, S. 2000.) Die Besonderheit des Falles liegt in dem zufälligen Zusammentreffen des Stirngummas mit den Sporen des Herpes tonsurans.

F. Quasig-Hamburg.

Die Trichophytie der Hände und Füße, von ARTUR ALEXANDER-Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 49, S. 1550). Die trichophytäre Erkrankung der Hände und Füße nimmt gegenüber der des übrigen Körpers eine Sonderstellung ein. Ätiologisch konnte Verf. die Befunde von KAUFMANN-WOLF über einen dieser Erkrankung eigenen Erreger bestätigen, den er in seinem kulturellen Aussehen genau beschreibt und den er der Gypseumgruppe zurechnen möchte. Klinisch war bisher als typisch eine vesikulöse in eine squamöse Form übergehende Erkrankung beschrieben. Verf. kann an seinem Material zeigen, daß eine vesikulöse oder pemphigoide Form rein oder lange ohne Übergang in die squamöse Art bestehen kann. Diagnostisch leichter ist die zweite Form, die als

Digitized by Google

Ekzematisation in Kreis- und Ringform isoliert an Händen und Füßen auftritt. In manchen leichteren Erkrankungen finden sich Krankheitsbilder, die nur eine Art oberflächlicher Hautabschürfungen aufweisen. Bei jeder isolierten ekzematösen Erkrankung der Hände und Füße, aber auch bei jeder disidrotischen Erkrankung ist an eine Trichophytie zu denken und dementsprechende Untersuchung einzuleiten.

E. Langer-Berlin.

Die Mikrosporie. Geleitwort zu einem Lehr- und Aufklärungsfilm, von L. Arzt-Wien. (W. m. W., 1922, Nr. 36/37, S. 1474—1476.) Für den Spezialisten nichts Neues.

H. Soltmann-Leipzig.

Die Bekämpfung des Ekzema marginatum (The Control of Tinea Cruris), von Norman Hallows. (The Lancet, Nr. 5171, S. 791.) Auch bei unbehandelten Fällen Epidermophytonpilze oft nicht gefunden. Um zu verhindern, daß die Erkrankung in Schulen weiter um sich greift, ist es nötig, daß jeder erkrankte Fall sofort isoliert und behandelt wird, daß die Schulkinder von Zeit zu Zeit untersucht werden und daß jedes Kind Handtuch, Schwamm und Kleider für sich hat.

R. Erichson-Kiel.

Ein durch Schimmel hervorgerufener Hautausschlag (A Skin Eruption Due to a Mould), von Ch. Russ. (The Lancet, Nr. 5185, S. 77.) Bei einer Reihe von mit dem Packen getrockneter Lebensmittel beschäftigten Arbeitern wurde ein Hautausschlag der Unterarme beobachtet. Die kulturelle Untersuchung ergab eine Cercosporellaart.

R. Erichson-Kiel.

Ein Fall von Varietät des Aktinomykoseerregers, von Karl H. Erb und R. Wigand, Chir. Kl. u. Hyg. Inst., Marburg. (Zschr. f. Hyg. u. Inf.-Krkh., 1922, Bd. 98, S. 174—191.) Aus einem klinisch nicht sehr bemerkenswerten Aktinomykosefall konnten Verff. zwei Stämme züchten, von denen Stamm I makroskopisch-kulturell an Streptokokken erinnerte und biologisch gewisse Übereinstimmungen mit A. Hofmanni, morphologisch mit dem sogenannten Aktinobazillus zeigte. Stamm II zeigte Anklänge an A. asteroïdes und A. chromogenes. Daß Stamm I tatsächlich dem Patientenkörper entstammte, wurde auch durch Komplementbindung erwiesen, während der serologische Nachweis für Stamm II aus äußeren Gründen unmöglich war. Nach Ansicht der Verff. läßt sich der Fall als Mischinfektion mit zwei Aktinomyzesvariationen auffassen.

F. Jacobsohn-Berlin.

Heilimpfung der Aktinomykose, von Friedrich Franz Friedmann-Berlin. (M. m. W., 1923, Nr. 6, S. 176.) Behandlung von aktinomyzeskranken Rindern mit Tuberkulin Friedmann führten zum Einschmelzen der Geschwulst. Es dürfte sich um eine „gruppenspezifische" Reaktion handeln. Friedmann verspricht sich auch Erfolg beim Menschen.

A. v. Notthafft-München.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Parasitäre Hautkrankheiten, von L. v. Zumbusch-München. (M. m. W., 1923, Nr. 12, S. 368.) Eine instruktive Übersicht für Nichtspezialisten.

A. v. Notthafft-München.

Zur Frage der Krätzebehandlung, von Demjanowitsch. (Klinitscheskaja Medizina, Sept. 1922, S. 31.) Verf. rühmt auf Grund eigener Beobachtungen und den Versuchen Bogrows und seiner Mitarbeiter die Behandlung der Krätze mit Hyposulfit. Gleich Rossini läßt Verf. die Kranken abends einreiben, eine Lösung von Natrium hyposulfurosum 200.0 : 1 l gekochten Wassers, und morgens eine 5%ige Lösung von Sol. ac. muriatici. Die Behandlung ist einfach, reinlich, ungefährlich und sicher. Es genügen sechs Anwendungen. Eine Impetiginisation der Skabies bietet keine Kontraindikation, sondern wird nur günstig beeinflußt.

A. Jordan-Moskau.

Zur Behandlung der Krätze mit „Mitigal", von F. Berndt. (M. Kl., 1922, Nr. 44, S. 1412.) Die Behandlung an 20 Fällen ergab, daß mit Mitigal mit Sicherheit die Milben abgetötet werden, keinerlei Komplikationen von seiten des Körpers aufgetreten waren und das Gefühl der Trockenheit und des Juckens sowie entzündliche Hautrötung, wie es zuweilen mit Salbenbehandlung beobachtet wird, beim Mitigal niemals nachfolgten. Haut, Wäsche und Bett werden lange nicht so verschmiert wie mit Salben, das Mitigal zeichnet sich auch durch gute Resorbierbarkeit und Geruchlosigkeit aus. Die von der Firma (Bayer & Co.) angegebene Menge von 150 ccm hält jedoch B. im allgemeinen für zu gering für eine gründliche Kur, vielmehr dürften 250 ccm erforderlich sein.

M. Stern-München.

Digitized by Google

Zur Schnellbehandlung der Krätze, von Oskar Kiess, Derm. Klinik Leipzig. (M. m. W., 1922, Nr. 37, S. 1335.) Versuche mit Mitigal, Catamin, Sarnol, Ekrasol und Barachol. Nach heißem Bad von 5—15 Min. Dauer, das durch heiße Abreibung ersetzt werden kann, Einreibung mit der Salbe, eine Stunde später noch einmal. Die mit Mitigal oder Catamin behandelten Fälle waren dann geheilt. Bei Sarnol und Ekrasol erwiesen sich drei Einreibungen als notwendig. Am nächsten Morgen Bad und Einpuderung zur Vermeidung der Schwefeldermatitis. Die für Barachol gegebene Gebrauchsanweisung erwies sich als schlecht. Wird es aber wie Mitigal und Catamin angewendet, dann wirkt es auch wie diese Mittel. A. v. Notthafft-München.

Essigäther als Entlausungsmittel für Kopfläuse, von Bieber-Danzig. (D. m. W., 1922, Nr. 50, S. 1678.) Ein faustgroßer Mulltupfer wird mit Essigäther (Aether acet.) getränkt, über die Haare ausgebreitet, danach eine Gummikappe über den ganzen Kopf festgezogen, die nach $^3/_4$ Stunden abgenommen wird. Keine Rezidive. Nur bei ganz intensiver Verlausung wird die Kappe 2 Stunden später erneut aufgesetzt.
F. Harry-Wiesbaden.

Über die Vertilgung der Nisse mit Antiforminlösung, von A. v. Jency-Budapest. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 7/8, S. 292—293.) Nach gründlichem Waschen des Kopfes mit Seife und Einflechten der Haare in dicke Zöpfe werden auf die mit Nissen bedeckten Stellen kleine in 8—10%iger Antiforminlösung getauchte Gazestücke gelegt, die Zöpfe mit Antiforminlösung befeuchtet und dann der ganze Kopf $^1/_2$—1 St. mit einem Tuch bedeckt. Hernach werden die Nisse mit einem dichten Kamm entfernt. Antiformin löst die Chitinkapsel der Nisse innerhalb von 5—15 Minuten. Keine entzündliche Reaktion der Haut. F. Harry-Wiesbaden.

Fliegenlarven im äußeren Gehörgang (Larve di mosche nel condotto uditivo esterne), von R. Sacco. (Policlinico, 1923, Nr. 7.) Fall von Fliegenlarven im äußeren Gehörgang. Mäßige Beschwerden. Extraktion mit Hilfe Eingießens von Glyzerin.
E. Freund-Triest.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Klinische Irrtümer bei der Diagnose akuter kontagiöser Krankheiten (Clinical Errors in the Diagnosis of Acute Contagious Diseases), von H. R. Litchfield und L. H. Dembo-New York. (New York m. J., 1923, Bd. 117, Nr. 5.) Differentialdiagnose und Besonderheiten der Hauterscheinungen bei den akuten exanthematischen Erkrankungen im Vergleich zu skarlatiniformem Erythem, skarlatiniformem Typus der Röteln, Erythema infectiosum, Erysipel, Miliaria, Ekzem, Arzeneiausschlägen, Serumexanthemen. Der Beschränkung der Varicellen auf das kindliche Alter als differentialdiagnostischem Merkmal gegenüber der Variola wird in dieser Verallgemeinerung wohl nicht ganz zugestimmt werden können. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Dr. Georg Gjorgjević, Vorstand der dermatovenerologischen Staatsambulanz in Belgrad, wurde zum ao. Professor ernannt.

Prof. Friedrich Luithlen-Wien wurde von der Postgraduate Medical School in New York zur Abhaltung von Vorlesungen eingeladen.

Dr. Martin Engman in Saint-Louis und Dr. Silva Araujo in Rio de Janeiro wurden zu korrespondierenden Mitgliedern der Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie gewählt.

Prof. Domenico Majocchi, Direktor der dermatologischen Klinik in Bologna, tritt infolge erreichter Altersgrenze in den Ruhestand.

Gestorben: Dr. Gustav Hausser, vormals Instruktor für Dermatologie an der Cincinnati Polyclinic and Postgraduate School. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. Juni 1923 | Nr. 26b | Band 76

Über das experimentelle Melanom der geteerten Maus.

Von

Priv.-Doz. Dr. B. Lipschütz in Wien.

Neben der Erzeugung echter Blastome stellen die bei der Teerpinselung der Mäuse unter bestimmten Bedingungen gesetzmäßig zu erzielenden Pigmentierungen der Haut das bemerkenswerteste Versuchsergebnis in histologischer und in biologischer Hinsicht dar. Wir begegnen ihnen regelmäßig bei grauen und schwarzen Mäusen uud selten bei rotbraunen Tieren, während weiße Mäuse, wegen der fehlenden Pigmentbereitschaft, für derartige Untersuchungen natürlich nicht in Betracht kommen. Die Versuchsergebnisse weisen auf enzymatische Vorgänge hin, die bei der Teerbehandlung der Tiere auftreten und denen auch in der Genese des experimentellen Karzinoms der Maus eine bestimmende Rolle, durch chemische Alteration des normalen Zellstoffwechsels, zukommen dürfte; die ausgesprochen tief dunkelschwarzen Pigmentierungen der Haut der grauen Maus signalisieren somit, als optisch besonders differenzierte pathologische Gewebsveränderung, den Ablauf wichtiger biologischer Vorgänge.

Von den zahlreichen durch meine Beobachtungen über Pigmentveränderungen angeregten Untersuchungen sollen an dieser Stelle bloß einige in dermatologischer Hinsicht bemerkenswerte Ergebnisse in Kürze besprochen werden.

Nach mehrwöchiger Pinselung der Haut grauer Mäuse kommt es zum Auftreten der „initialen Pachydermie", die überhaupt die erste klinisch wahrnehmbare pathologische Erscheinung darstellt. Die gepinselte Hautstelle ist deutlich verdickt, und histologisch durch eine mehr oder weniger starke Akanthose, durch Ödem der Kutis, sowie durch stärkere Vermehrung der mit Mastzellen reichlich untermischten Bindegewebszellen im Korium gekennzeichnet; in letzterem kommen Leukozyten spärlich vor, während sie im verdickten Epithel gänzlich fehlen. Die Follikel gehen in der Regel fast völlig zugrunde und dementsprechend ist die geteerte Hautstelle haarlos. Diese Pachydermie besitzt einen schiefergrauen bis dunkelgrauschwarzen, oft ungleichmäßig ausgeprägten, gewissermaßen eine Art Fleckung bildenden Farbenton, indem hier und da einzelne dunklere Pünktchen oder Scheibchen stärker hervortreten; sie erscheint, genau entsprechend der willkürlich gewählten Größe der behandelten Hautstelle, scharf begrenzt und sticht auffallend von der hellen Farbe der normalen Haut der Umgebung ab. Während das Epithel verschieden stark pigmentiert ist oder nur spärliche, zwischen

Digitized by Google

den Basalzellen gelegene Melanoblasten aufweist, findet man im Korium eine sehr große Anzahl vielgestaltiger, einzeln gelegener oder in förmlichen Zügen das Gewebe durchsetzender Kutismelanoblasten (im Sinne Blochs), die zwischen sich zahlreiche, an ihren ziegelroten Granula leicht erkennbare Mastzellen aufweisen. Namentlich in Pappenheim-Präparaten lassen sich alle hier skizzierten histologischen Einzelheiten schön darstellen.

Stellt diese „initiale pigmentierte Pachydermie" am Orte der Teerpinselung die eine Form der von mir beobachteten Pigmentveränderungen dar, so treten später (frühestens in der 9. Versuchswoche), zunächst auf die gepinselte Hautstelle beschränkt, rundliche oder längliche, ein- bis dreimal Stecknadelkopfgröße betragende tiefdunkelschwarze Fleckchen auf, während ihre Umgebung einen helleren Ton annimmt. Ich habe diese Gebilde wegen ihres klinischen Aussehens und ihres anatomischen Substrates als „benigne Melanome" oder kürzer als „Melanome" bezeichnet. Wie die eingehende histologische Untersuchung zeigt, handelt es sich bei ihnen nicht etwa um extrazelluläre Pigmentablagerungen oder um Pigmentanhäufungen in präexistenten Zellen, sondern um die Ausbildung mächtiger Mengen autochthon entstandenen melanotischen Pigmentes in jungen, stark gewucherten Zellkomplexen im Korium.

Je nach ihrer Lage in letzterem unterscheide ich oberflächliche und tiefe Melanome. Erstere liegen knapp subepithelial, durch eine schmale pigmentfreie Zone von dem ebenfalls pigmentfreien akanthotischem Epithel getrennt. Sie sind nur mäßig stark ausgebildet, unscharf begrenzt und weisen zahlreiche isoliert gelegene, sternförmige, mit langen Ausläufern versehene Melanoblasten auf.

Besonders bemerkenswert sind die tiefen Melanome, die die mittleren und tieferen Koriumabschnitte bzw. auch die Anteile zwischen Korium und subkutanem Fettgewebe einnehmen oder sogar in letzteres hineinragen. Sie sind scharf begrenzt und stellen sich im Gewebsschnitt als tiefbraunschwarze Massen dar, die die Zellbestandteile (Protoplasma und Kern) vollkommen ausfüllen, bzw. bedecken. Nach längerer Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd gelingt es die Schnitte zu bleichen und Haufen dicht nebeneinander, in einem zarten Retikulum gelegener großer rundlicher Zellen nachzuweisen, die eine breite Protoplasmazone und einen bläschenförmigen, hellen Kern besitzen. Diese Zellen, die ihr Pigment selbständig zu bilden vermögen, stellen echte Melanoblasten der Kutis dar. Zum Epithel weisen sie keinerlei Beziehungen auf, letzteres ist übrigens, wie bereits oben erwähnt wurde, gänzlich pigmentfrei und auch nicht verdickt.

Funktionell sind diese Zellen etwa den Pigmentzellen des Mongolenfleckes, den Pigmentzellen des blauen Nävus oder den großen Pigmentzellen der Affenhaut (C. Toldt jun.) gleichzustellen, die ebenfalls als echte Kutismelanoblasten anzusprechen sind.

Von diesem zweiten klinischen Typus pathologischer Pigmentveränderungen der Haut geteerter grauer Mäuse, der gesetzmäßig zur Ausbildung gelangt, unterscheide ich schließlich noch einen dritten, verhältnismäßig seltenen, bisher nur zweimal beobachteten Typus in Form 2 mm großer, tief dunkelschwarzer, rundlicher, halbkugelig elevierter

Digitized by Google

Knoten. Hier ist die Wucherungstendenz der Zellen besonders ausgeprägt und wenn auch hier, wie bei den schwarzen Flecken (II. Typus), der gutartige Charakter der Gewebsveränderungen gewahrt bleibt, so erscheint mir doch die für sie gewählte Bezeichnung durchaus gerechtfertigt.

Daß es sich um melanotisches Pigment handelt, geht aus sämtlichen Reaktionen hervor: die Körner und Riesenklumpen sind von dunkelbraunschwarzer Farbe, bleiben in Fettlösungsmitteln und in konzentrierten Säuren (konz. Salpetersäure ausgenommen) unverändert, geben weder die Eisen- noch die Oxydasereaktion, werden durch längere Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd gebleicht und verhalten sich positiv gegen Silbernitrat.

Die biologische Bedeutung der Melanome scheint mir nach meinen zahlreichen, auf fast $1^1/_2$ Jahre sich erstreckenden Untersuchungen folgende zu sein: nach meinen Vorstellungen über die Wirkung des Steinkohlenteers auf den Mäuseorganismus (die ich bisher in mehreren Mitteilungen und zuletzt anläßlich der Verhandlungen der Amsterdamer Krebskonferenz auseinandergesetzt habe), handelt es sich bei der von den japanischen Autoren inaugurierten Versuchsanordnung zur experimentellen Erzeugung des Teerkrebses der Maus um eine durch perkutane Einverleibung des Teers (bzw. einzelner Bestandteile desselben) bewirkte chronische Toxikose der Versuchstiere, bei der sich verschiedene Giftwirkungen an zahlreichen Angriffspunkten der Gewebe des Mäuseorganismus nachweisen lassen. Für das Zustandekommen der im vorliegenden Aufsatz besprochenen Hautveränderung dürfte eine durch die chronische Vergiftung der Tiere bewirkte Steigerung der der Hautpigmentbildung zugrunde liegenden Fermenttätigkeit, hauptsächlich der Kutis (zum Teil auch des Epithels), eine wesentliche Rolle spielen.

Das gesetzmäßige Auftreten der Melanome bei geteerten grauen Mäusen, die gewissermaßen prämonitorische Symptome des kurz nachher mit der Entwicklung „präkanzeröser Warzen" eingeleiteten Blastomprozesses darstellen, veranlaßt mich, den hier geschilderten Hautveränderungen gewissermaßen die Rolle eines biologischen Indikators für die Entstehung des experimentellen Teerkarzinoms der Maus beizulegen. Daß dabei, nach bisher noch spärlichen Untersuchungen, der Teer nur mittelbare Beziehungen zum Auftreten der Melanome besitzen dürfte, stellt eine weitere biologisch besonders wichtige Teilfrage dar, die jedoch hier nicht des näheren erörtert werden kann.

Zusammenfassend glaube ich den Wert meiner Versuchsergebnisse darin erblicken zu dürfen, daß es, im Gegensatz zu allen früheren mit Teer ausgeführten Arbeiten, gelungen ist, im Tierversuch gesetzmäßig Pigmentbildung zu erzielen. An diesem im Laboratorium jederzeit experimentell leicht zu erzeugendem melanotischem Gewebsprodukt werden sich verschiedene Fragen histologischen und biologischen Inhaltes bequem studieren lassen. Namentlich dürften durch die hier geschilderte, zu positiven Ergebnissen führende Versuchsanordnung weitere Studien angeregt werden, um die Beziehungen des Hautmelanins zum Ablauf wichtiger, mit dem Adrenalinstoffwechsel in Zusammenhang stehender biologischer Vorgänge zu erweitern und zu vertiefen.

Digitized by Google

Aus der Dermato-venereologischen Staatsambulanz (Vorstand: a. o. Prof. G. Gjorgjević) und der Medizinischen Klinik der Universität Belgrad (Vorstand: o. Prof. A. Ignatowsky).

Zur internen Behandlung der Ichthyosis.

Von

Prof. G. Gjorgjević und R. A. Pavlović.

Anlaß, nach einem innerlichen Mittel zu suchen, mit welchem Ichthyosis zu beeinflussen wäre, gab uns ein Fall, bei welchem wegen der Starrheit der Haut an den Händen Einrisse und Blutungen vorkamen und bei welchem uns alles bis jetzt Bekannte im Stiche gelassen hatte. Es handelte sich um einen ziemlich schweren Fall, in dessen Anamnese aber auffällig betont wurde, daß es dem Patienten im Sommer viel besser gehe als im Winter. Es ist ja hinreichend bekannt, daß „besonders bei den milderen Formen während der wärmeren Jahreszeit, vielleicht bei reichlicher Schweiß- und Talgdrüsensekretion, eine Besserung eintritt, während in der kalten Jahreszeit gewöhnlich eine Verschlimmerung der Symptome nachgewiesen werden kann". Weiter hat bereits Aubert nachgewiesen, daß „die Schweißsekretion proportional der Entwicklung der Ichthyosis verändert ist", und daß auch die Sekretion der Talgdrüsen verändert erscheint, insofern, als man an den in höherem Grade veränderten ichthyotischen Stellen deutliche Asteatosis konstatieren kann. Der Gedanke lag nahe, einen Versuch mit Pilokarpin anzustellen, um die Schweißsekretion anzuregen. Der Trockenheit der Haut wegen hatte sich Patient mit Glyzerin eingerieben. Zweifellos wäre jene Applikation am zweckmäßigsten, deren Zusammensetzung dem menschlichen Talg möglichst ähnlich ist. Der therapeutische Erfolg war kein großer, da der Kranke, ein 35jähr. Mann, die Kur wieder abbrechen mußte. Er bekam 11 Pilokarpininjektionen. Die ersten 4 blieben wirkungslos, weil die Dosen zu klein waren und nur allmählich gesteigert wurden (0,005 bis 0,01 g). Nach weiteren 7 Einspritzungen (2 zu 0,015 g, die übrigen zu 0,02 g) konnte man eine deutliche Wirkung sehen. Aus äußeren Gründen bekam er hierauf das Mittel innerlich, in Pillen- und Tropfenform (0,02—0,03 pro dosi). Bei Einnahme von Pillen war die Wirkung sehr schwach, etwas wirksamer waren Tropfen, ohne jedoch die subkutanen Injektionen zu erreichen. Größere Dosen wurden aber nicht verabreicht, weil auch bei 0,02—0,03 g lokale Magenbeschwerden auftraten. Nach 7 Injektionen war Besserung festzustellen, und konnten die Hände gut gebeugt und gestreckt werden, auch war die Haut feuchter und elastischer geworden.

Bei zwei weiteren Fällen, den Schwestern des genannten Patienten, konnte die Behandlung systematisch vorgenommen werden. Der hier erreichte, die Erwartungen weit übersteigende Erfolg ermutigt uns zu den vorliegenden Mitteilungen.

Digitized by Google

Pat. V., 34 Jahre, Ichthyosis seit Kindheit, in der Kindheit Skarlatina und Morbilli; nach letzteren keine Besserung der Ichthyosis. Während der Pubertät gleichfalls keine Änderung. Im Sommer geht es stets besser. Vom Ende Februar 1923 ab täglich Pilokarpininjektionen, von 0,01 g, immer um 0,001 g höher bis 0,018 g. Bei der letzten Dose Erbrechen und ein leichter Durchfall. Es wurde auf 0,017 g zurückgegangen und dabei geblieben. Nur manchmal Erbrechen, aber kein Durchfall mehr. Die ersten Injektionen intraglutäal. Schon nach der 5. Injektion konnte man bemerken, daß der vorher weißlich schimmernde Rand der Schuppen zuerst dunkelrot und später grau und matt wird, und zwar zuerst in der Gegend der Injektion. Die Schuppen hoben sich nicht mehr ab. Nach der 5. Injektion auch systematische Einreibung der Haut mit Glyzerin, täglich 2—3mal. Pat. hat in den ersten 4 Wochen 3 kg abgenommen, während sie in den folgenden 4 Wochen (jetzt ist die 9. Woche der Behandlung) nicht mehr abgenommen hat, jetzt nimmt sie langsam wieder zu. Irgend welche andere Erscheinung, welche zu Unterbrechung der Kur mahnte, kam bis jetzt nicht vor. Bisher hat Pat. bei der Menstruation immer Schmerzen gehabt, jetzt fühlt sie dieselben nicht mehr. Als die Injektionen nicht mehr in die Glutäalgegend, sondern in den Rücken, später in den Arm gegeben wurden, vollzog sich auch in diesen Gegenden die Besserung schneller. Die Schuppung hat gänzlich aufgehört, nur während des Bades gehen ganz kleine, feuchte, zusammengerollte Hautpartikelchen weg. Die großen Hautfalten an den Beugungsstellen sind teils ganz verschwunden, teils kann man ihre Spur nur noch an etwas grauen, matten Linien erkennen, aber auch das nur, wenn man weiß, wo sie vorher da waren. Auch diese Linien schwinden allmählich. Nach der jetzigen Beschaffenheit der Haut kann man überhaupt Ichthyosis nicht mehr erkennen.

Ihre jüngere Schwester I., 27 Jahre alt, hat die Ichthyosis in etwas milderer Form. Bei ihr geht die Besserung bedeutend schneller vor sich. Auch sie bekommt 0,017 Pilokarpin täglich, aber erbricht fast jeden Tag. In 8 Wochen, beim täglichen Gebrauch des Pilokarpins, hat sie nahezu 1 kg abgenommen. Beide Pat. bekommen reichliche Ernährung und müssen viel trinken, um die verlorene Flüssigkeitsmenge nachzuholen. Beide Pat. haben alle bisher gebrauchten inneren Mittel angewendet, aber weder vom Arsen und Eisen, noch vom Oleum jecoris Aselli haben sie eine Besserung gemerkt.

Zusammenfassung: Im Pilokarpin besitzen wir ein Mittel, mit welchem Ichthyosis, mindestens deren leichtere Formen, sehr günstig beeinflußt werden kann. Vor und während der Behandlung sollen die inneren Organe kontrolliert werden. Es ist ratsam, gleichzeitig die Haut mit Glyzerin einzureiben, um die zu rasche Verdunstung zu vermeiden. Das Mittel wird am besten subkutan angewendet. Eine Gewöhnung an das Pilokarpin konnte nicht beobachtet werden.

Literatur.

Janovský, Hyperkeratosen, in Mračeks Handb. d. Hautkrkh., Wien 1904, wo auch die ältere Literatur angegeben ist. — Meyer-Gottlieb, Experim. Pharmakologie, 1918, 4. Aufl. — J. Bauer, Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten, 1921, 2. Aufl.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Bücherbesprechungen.

Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Haut- und venerische Krankheiten. 1. Heft: Hautkrankheiten, von Bettmann-Heidelberg. (Georg Thieme, Leipzig 1922.) In kurz gedrängter Form hat Verf. alles Wesentliche zusammengefaßt. Gerade dadurch, daß es ganz anders textlich zusammengestellt ist als die bekannten Lehr- und Handbücher, stellt es nicht nur für den Praktiker, sondern auch für den Dermatologen eine willkommene Ergänzung zu den sonstigen Büchern dar. Ein so umfangreiches und vielfach noch so ungünstig eingeteiltes Gebiet wie die Dermatologie läßt es schwer erscheinen die Krankheitsbilder in differentialdiagnostischer Form aneinanderzureihen. Dem Verf. ist es jedoch in außerordentlich glücklicher Weise gelungen, unter den verschiedensten Gesichtspunkten die einzelnen Krankheitstypen zu besprechen. Dazu kommt, daß das Buch textlich einem jeden Freude beim Lesen machen muß. Eine Reihe sorgfältig ausgewählter Bilder veranschaulichten die vorkommenden differentialdiagnostischen Schwierigkeiten. Der Verlag würde sich bei einer Neuauflage sicher mehr verdient machen, wenn er die Bilder auf besserem Papier drucken würde, wodurch ihre Klarheit sehr gewinnen würde. Aus der Fülle des Textes der diagnostischen Irrtümer Einzelheiten hervorzuheben würde zu weit führen, hervorgehoben sei nur die glückliche Wahl des Verfassers, einmal an Hand der Grundformen der Hautkrankheiten die diagnostischen Irrtümer zu besprechen und dann als regionäre Differentialdiagnose, ohne sich bei den unzähligen Einzelheiten zu wiederholen oder den Leser zu ermüden. Bei der Besprechung der therapeutischen Irrtümer geht Verf. auch nicht auf Einzelheiten ein, sondern bespricht nur den Kurplan für Hauterkrankungen von den verschiedensten Gesichtspunkten aus in großen Zügen. Somit kann das vorliegende Werk jedem nur aufs wärmste empfohlen werden, zumal es vom Verlage recht preiswert abgegeben wird. Die Grundzahl beträgt 2,70.

E. Langer-Berlin.

Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Haut- und venerische Krankheiten. 2. Heft. Venerische Krankheiten, von Rzecke-Göttingen. (Georg Thieme, Leipzig, 1922.) Verf. gibt eine kompendiumartige Übersicht über das Gebiet der venerischen Erkrankungen, stets darauf bedacht, auch alle für diagnostische Irrtümer in Frage kommenden nichtvenerischen Erkrankungen zur differentialdiagnostischen Besprechung heranzuziehen. Die Art des Stoffes bringt es mit sich, speziell bei der Besprechung der Syphilis, daß wohl manches dem Leser subjektiv gefärbt erscheinen mag, wenn man auch überall den Eindruck hat, daß das vorliegende Thema nach Möglichkeit objektiv kritisch besprochen ist. Eine Reihe von Abbildungen ergänzen den Text. Abgesehen von einigen Kleinigkeiten — eine etwas ausführlichere Besprechung der Spermatozystitis und Cowperitis unter der akuten Blenorrhoe wäre wünschenswert — haben wir es mit einem wohlabgerundeten Werke zu tun, dessen Lektüre nicht nur dem Praktiker eine Hilfe bei schwierigen Fällen sein wird, sondern das auch dem Facharzt Anregung und Genuß bietet. Vielleicht ließe sich später einmal die Besprechung der Hg- und Salvarsannebenwirkungen, zumal u. a. ihre Hauterscheinungen doch zu weitgehenden Irrtümern Veranlassung geben können, als besonderes Kapitel abgrenzen. Unter den heutigen Verhältnissen ist der Preis des Buches ein mäßiger. Grundzahl 2.40.

E. Langer-Berlin.

Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Kinderheilkunde. 6. Heft. Tuberkulose, Syphilis mit einem Anhange über die wichtigeren übrigen Krankheiten der Haut, von R. Fischl-Prag. (Georg Thieme, Leipzig 1922.) Verf. gibt in der vorliegenden Broschüre eine knapp dargestellte, aber im großen und ganzen alles enthaltende Übersicht aus dem obigen Gebiete. Für den Dermatologen ist es interessant und lehrreich, auch einmal gerade über ein Grenzgebiet, wie Haut- und Geschlechtskrankheiten der Säuglinge und Kinder, von anderer Seite eine Darstellung

Digitized by Google

zu erhalten. Stets ergänzen den Text kurz angeführte Krankengeschichten und beleben ihn dadurch. Bei der Tuberkulose ist im allgemeinen alles Wesentliche über ihre Hauterscheinungen mitgeteilt. Bei Besprechung der therapeutischen Irrtümer der Tuberkuloseerkrankung wäre interessant zu erfahren, was der über alle Methoden so sehr skeptisch urteilende Verf. als Behandlungsmethode empfiehlt. Bei der Syphilis ist sowohl der Diagnose wie auch der Therapie eine eingehende differentialdiagnostische Besprechung gewidmet. Unter den therapeutischen Maßnahmen wird nur empfohlen, was als wirklich gut erprobt ist. Verf. warnt bei den so besonders empfindlichen Säuglingen vor übermäßigem und unvorsichtigem Gebrauch des Salvarsans, aber auch des Hg (Sublimatbäder). Unter den Hauterkrankungen werden besonders die jetzt für Kinderärzte und Dermatologen so wichtigen Hautpilzerkrankungen einer differentialdiagnostischen Besprechung unterzogen. Die therapeutischen Maßnahmen und Irrtümer werden in großen Zügen kurz dargelegt. Die Grunzahl beträgt 0,75. E. Langer-Berlin.

Dosierungstabelle für die Röntgentherapie, von G. Holzknecht. (Verlag von Deutike, Leipzig u. Wien 1922.) Technische Dosierungsrezepte in 8 Gruppen untergeordnet, je nach dem Grad der beabsichtigten Einwirkung und der bequemen Übersicht halber in Tabellenform eingereiht. Aus ihr ist an Hand eines Indikationsregisters das Wissenswerteste schnell abzulesen. G. W. Unna-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Über Auftreten von Variola unter Affen der Genera Mycetes und Cebus bei Vordringen einer Pockenepidemie im Urwaldgebiete an den Nebenflüssen des Alto Uruguay in Südbrasilien, von Jorge Clarke Bleyer, Nat. med. Akad. Rio de Janeiro. (M. m. W., 1922, Nr. 27, S. 1009.) Dieselbe Seuche, welche bei den Eingeborenen sehr milde verlief, wirkte verheerend unter den genannten Affenarten. Das Blatterngift wird durch viele Tiergattungen verbreitet, von welchen der Seltsamkeit wegen die großen Tagfalter hervorgehoben seien. Die Insekten der Totengräberzunft entwickeln eine segensreiche Tätigkeit. A. v. Notthafft-München.

Pocken und „Amaas" in Südafrika (Small-pox and „Amaas" in South Africa), von J. A. Mitchel. (The Lancet, Nr. 5172, S. 808.) Bei der in Südafrika beobachteten sogenannten „Amaas" handelt es sich um eine milde Form der Pocken. Es sind dieselben Pocken, wie sie in Australien unter dem Namen Varioloid, in Ägypten als Alastrim bekannt sind. „Amaas" verläuft gewöhnlich milde und zeigt eine sehr geringe Mortalität; sie können aber aus unbekannten Gründen heraus virulenten Charakter annehmen und klassische Pocken verursachen. R. Erichson-Kiel.

Echte Pocken in Shanghai (Small-pox in Shanghai). (Brit. m. J., 1922, Nr. 3230, S. 1041.) In Shanghai sind echte Pocken endemisch und verursachten 1921 248 Todesfälle (204 Chinesen, 44 Ausländer). Die letzte Epidemie war 1918. Shanghai hat 780000 Chinesen und 24000 Ausländer. Die Zahl der freiwilligen Pockenimpfungen war von 1904—1912 sehr gering, betrug 1921 34000, 1922 fast 200000.
E. Sklarz-Berlin.

Die Pockenepidemie (The Small-pox Outbreak). (Brit. m. J., 1922, Nr. 3230, S. 1039.) Offizieller Bericht: Seit dem 25. Juli 1922 im ganzen 67 Fälle von echten Pocken aus Toplar, Bexley, Paddington, Bermondsey, Vartford und Stepney. Tödlichen Ausgang nahmen 9 Fälle, die alle seit ihrer Kindheit nicht geimpft worden waren. Eine weitere Erkrankung wurde an Bord eines Dampfers festgestellt.
E. Sklarz-Berlin.

Kuhpocken beim Menschen durch das Virus der Stomatitis pustulosa contagiosa equi, von T. van Heelsbergen-Utrecht. (Zbl. f. Bakt., Bd. 89, H. 6, S. 173 bis 185.) Ausgedehnte Versuche an Menschen und Tieren haben ergeben, daß das Virus von Variola, Vakzine, spontanen Kuhpocken, Stomatitis equi, Geflügelpocken und Geflügeldiphtherie wahrscheinlich Variationen ein und desselben Urvirus sind. Sie immunisieren sich alle gegenseitig. F. Harry-Wiesbaden.

Übermangansaures Kalium bei Pocken, (Permanganate of Potash in Small-pox), von A. Mearns Fraser. (Lancet, Nr. 5181, S. 1303.) Verf. ist auf Grund eigener

Digitized by Google

Erfahrungen der Ansicht, daß die Erfolge, die mit Kalium hypermanganicum bei Pocken erzielt werden, weniger auf der Rotfärbung der Haut, wie andere Verf. annehmen, sondern einfach auf seiner desinfizierenden Wirkung beruhen. R. Erichson-Kiel.

Zur Theorie der Immunität bei Variola und Vakzine, von A. Groth. (Zschr. f. Hyg. u. Infekt.-Krkh., 1923, Bd. 97, H. 3—4, S. 346—363.) Die Darstellung des erstvakzinalen Prozesses unterscheidet sich von den Theorien Pirquets vor allem dadurch, daß ausschließlich dem Erreger, nicht seinen Endotoxinen die Auslösung der reaktiven Erscheinungen zuerkannt wird, daß den hüllenlösenden Antikörpern die Fähigkeit der Lyse gegenüber den Inhaltssubstanzen des Virus abgesprochen und ihre Bildung in das infizierte Gewebe selbst verlegt wird, und weiterhin, daß an die Stelle antitoxischer Substanzen virulizide Antikörper treten. Bei den revakzinalen Erscheinungen glaubt Verf., daß die erneute Infektion zur Frühreaktion führt, wenn die hüllenlösende Fähigkeit des Gewebes noch ungeschmälert vorhanden ist und die viruliziden Substanzen ebenfalls in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. In diesem Falle ist zwar durch den hüllenlösenden Antikörper die Entwicklung des Erregers an sich ermöglicht, aber durch die rasch einsetzende Wirkung der viruliziden Substanzen sehr bald gehemmt. Die beschleunigte vakzinale Reaktion sehen wir dann, wenn die hüllenlösenden und ebenso die viruliziden Antikörper zwar nicht mehr als solche vorhanden sind, aber die Bereitschaft zu ihrer Neubildung in höherem oder geringerem Maße im Organismus noch gegeben ist, also nur eine relative Insuffizienz der Antikörper besteht. Die Revakzine mit erstvakzinalem Typus wird vorwiegend bei Individuen mit starker oder völliger Einbuße der Fähigkeit zur beschleunigten Neubildung sowohl der hüllenlösenden als auch der viruliziden Substanzen beobachtet. Zur Erklärung der langen Dauer der variolösen Infektion gegenüber der vakzinalen nimmt Verf. die hypothetische Protopustel Pfeiffers zu Hilfe. Die Annahme Pirquets, daß der eigentliche plötzliche Krankheitsbeginn durch den Einbruch der inzwischen in der Protopustel massenhaft vermehrten Erreger in den arteriellen Kreislauf hervorgerufen ist, und daß diese sich unter der Einwirkung von Agglutininen nach Art eines embolischen Prozesses in den Kapillaren festsetzen, lehnt er ab. Er bringt die Ablagerung der Variolakeime in den Kapillaren mit Vorgängen in Verbindung, die wir bei Einverleibung artfremden Eiweißes beobachten, nämlich ohne Zuhilfenahme von Agglutininen, lediglich unter Mitwirkung der polymorphkernigen Leukozyten. Bei der Purpura variolosa sprechen die Verkürzung der Inkubation und die schweren lokalen und allgemeinen Erscheinungen für eine durch die Schwere der Infektion, durch individuelle Disposition oder durch beides bedingte allzu rasch einsetzende und intensive Wirkung der lytischen Körper. Bei der Variola haemorrhagica pustulosa zeigt sich die zu Blutungen führende Schädigung der Gefäße erst im Stadium der Einwirkung der viruliziden Antikörper auf den Erreger und ist hier der Ausdruck einer allzu intensiv einzetzenden, doch meist bald erlahmenden Wirkung der viruliziden Substanzen, nicht der lytischen. G. Assmann-Barmen.

Über Variola und Vakzineimmunität, von H. A. Gins, Inst. Rob. Koch Berlin. (M. Kl., 1922, Nr. 47, S. 1482.) Jede Pocke vermag nicht nur gegen den arteigenen, sondern auch gegen den artfremden Pockenstamm zu schützen. Praktisch entsteht nur da eine Immunität, wo das zu immunisierende Individuum mit der betreffenden Pocke infiziert werden kann. Bei der Einwirkung von Vakzine-Immunseris auf Virusaufschwemmungen können Ausflockungserscheinungen auftreten. An dem Auftreten komplementbindender Substanzen bei Variola und Vakzine kann nicht gezweifelt werden. Es ist gelungen, antivirulente Substanzen im Serum vakzinierter Kaninchen festzustellen, die als Ausdruck der Immunität gelten können. Entgegen der Ansicht anderer Verf. nimmt die Haut an der allgemeinen Immunität teil. Die Disposition des geimpften Individuums für die Vakzine vermindere sich täglich. Eine Verstärkung der Immunität kommt nur da in Frage, wo eine Vermehrung des Virus an der Revakzinationsstelle vorhanden ist. Verf. weist nach, daß die Vorschriften hinsichtlich der Revakzination heute noch Geltung haben und aufrechterhalten werden müssen. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abführmittel, Meska 221.
Abortivkur, mißlungene oder Reinfektion, Mucha 200.
Abszeß, paranephritischer — bei dystrophischer Niere, Oehlecker 16.
— durch Einführung von Speichel, Serdjukoff 77.
— künstlicher — durch Einführung von Quecksilber unter die Haut, Serdjukoff 450.
Abszeßhöhle s. Papillomatosis.
Acanthosis nigricans, Pautier u. Hügel 43.
Achorion Quinckeanum bei Meerschweinchen, Martenstein 95.
— violaceum bei Mäusen s. Favus.
Achseldrüsen des Menschen, Holmgren 697.
*Achselhöhlenabszesse, Pathogenese, Gans 318.
Acne agminata, Little 527.
— — MacCormac 527.
— conglobata und Tuberkulid, Dressler 93.
— varioliformis, Planner 119.
Acnitis, Alderson 66.
Acrodermatitis atrophicans, Patzschke 286.
— — Bernstein 175.
— — Lilienstein 511.
Acrosarcoma haemorrhagicum, Grintschar 325.
Addisonsche Krankheit, Helger 285.
— — Diagnose und operative Therapie, Peiper 643.
— — Pigmentbildung bei, Bittorf 735.
— — s. Sklerodermie.
Adenoma sebaceum und tuberöse Sklerose, Olson 65.
— — Semon 529.
Adrenalinbildung, Störungen der — in d. Nebennieren, Peiser 143.
Adrenalingehalt der Nebennieren s. Ernährung.
Adrenalin, Wirkung von — auf Blutdruck und Blutzuckerspiegel, Schenk u. Heimann 705.
Adsorptivdesinfektion, Bechhold und Reiner 51.
Adstringierende Wirkung, Wesen der, Müller 426.
Ätherische Öle, Gebrauch von —, bes. Terpestrol, Platz 709.
Afenil bei Pruritus senilis, Freund 420.
Afenilinjektionen, Beschwerden nach, Mock 448.
Agarical, nebst Bemerkungen über Behandlung der Hyperidrosis, Kirschmann 99.
Akanthome der Lippenschleimhaut; Bemerkungen über Papillomatosis cutis, Alexander 645.
Akineton, mit Raynaudschen Symptomen, Randak 200.
Akromegalie, Müller 175.
Akroparästhesien, Klinik der einfachen, Heissen 494.
Akrozyanose, Kapillaren der Gliedmaßen bei, Boas 721.
Aktinomykose, erfolgreiche Behandlung mit Yatren, Eckert 655.
— Heilimpfung der, Friedmann, Fr. Fr. 747.
— als Ursache innerer Krankheiten, Bisweiler 655.
Aktinomykoseerregers, Varietät des, Erb und Wigand 747.
Aktinomyzeten, über einen pathogenen, säurefesten, Davis u. Garcia 638.
Aktivierung der Körperzellen und Infektionserreger, Weichardt 447.
Albers-Schönberg, Nachruf für, Lorey 401.
„Albertan", das neue Wundstreupulver, Brüning 102.
Alkohol, unangenehme Erfahrungen mit dem neuen „vergällten" — zur Händedesinfektion, Payr 712.
*— und Geschlechtskrankheiten, v. Notthafft 626.
Alkoholinjektion, periarterielle in der Behandlung der senilen Gangrän, Handley 494.

Digitized by Google

Alkoholverbände, Tzanck 45.
Alopecia areata, Endokrinsympathische Störungen bei, Lévy-Franckel und Juster 744.
— — bei einem an frischer herpetischer Keratitis erkrankten, früher syphilisierten Kaninchen, Simon 443.
— — Röntgenreizdosis bei, Thedering 744.
— — mit Röntgenstrahlen und Galvanisation der Schilddrüsengegend erfolgreich behandelt, Lévy-Franckel, Cottenot u. Juster 441.
— — und Strabismus, Juman 654.
— — — — Goodwin 654.
— — Vitiligo, Naevis, Rabut 548.
Alopecie und ihre Behandlung, Mc Cafferty 654.
— Diagnose der Total-, Sabouraud 745.
„Amaas" s. Variola.
Ameisensäure, Wirkung der — auf die menschliche Haut, Kellermann 139.
Anämie, perniziöse, s. Melanodermie.
Analpruritus, Behandlung des, Basch 693.
Anaphylaxie bei Proteinkörpertherapie, Neumann-Spengel 703.
Anästhesierung, lokale, Gerson 51.
Andriol-Wismut u. Andriol-Uran in der dermatologischen Behandlung, Savnik u. Truttwin 711.
Anetodermia maculosa, Arning 286.
Aneurysma der Aorta ascendens, als Mediastinaltumor aufgefaßt und bestrahlt, Griesbach 511.
Aneurysmen, Klinik der — intravenalen, Janssen 18.
Angina, durch Hg bedingt, Almkvist 397.
— s. Spirochätenerkrankung.
— faucium, rationelle Behandlung der, Bán 653.
— membrano-ulcerosa, tödlicher Fall von, Nagy 654.
Angiofibrom, retromammäres, Wiedhopf 162.
Angiokavernom der Zunge, Arning 286.
Angiokeratom, Fall von, Davis 528.
Angiom, diffuses — bei 10 Monate altem Knaben, Mouchet 737.
Angioma cavernosum, Brinitzer 285.
Angiome, Delbanco 511.
Angioneurosen, zur Frage der, Kreibich 723.
Angiospastische und -paralytische Krankheitserscheinungen aus der Chirurgie u. deren Grenzgebieten, Wieting 99.
— Zustände der unteren Extremitäten s. Vereisung.
Anidrosis bzw. Oligoidrosis, künstliche Erzeugung dch. Formaldehyd, Griesbach 99.
Anilinfarben, Verstärkung von Gewebsfärbungen, Post 27.
Antihidrotikum „Salvysatum Bürger", Katz 710.
Antikörperbildung, Einfluß von Atropin und Pilokarpin auf, Joachimoglu u. Wada 700.
Antikörper, Einfluß ultravioletter Strahlen auf, Heuer 28.
„Antiphlogistine-Paste", Bruck 709.
Antisyphilitische Behandlung, zur Diagnose ex iuvantibus, Meschtscherski 270.
Anurie bei angeborener Einzelniere, Heymann 121.
Appendizitis s. Hämaturie.
Argyrie und Kollargol, Koller 445.
— nach Kollargol von, Tobler, Th. 162.
— generalisierte pathol. Anatomie und Pathogenese, Maranon 640.
Arsen, Blutbildung durch Eisen und, Müller 73.
— s. Krebs.
— Verbindungen, Ausscheidung bestimmter — durch den Urin, II., Lévy-Bing u. Férond 646.
— und Antimonverbindungen, Reaktionsenergie organischer, Schmidt, H. 712.
— Wirkung und Vergiftung, Ullmann 75.
*Arsenikalien, Wirkung auf die Leber, Ullmann 29.
Arsenobenzole und hämoklastische Krise, Golay u. Benveniste 304.
Arsenvergiftung, über akute, Willcox 680.
Arzneiausschläge vom klinischen Standpunkt, Wise u. Parkhurst 636.
Arzneierythema, fixes, pemphigoides, Nobl 712.
Arzneimittel, Resorption von — m. Hilfe d. Röntgenstrahlen untersucht, Lévy-Bing, Belgodère, Auclair 491.
— neue, Crohn 707.
Arzneiverordnung, Klemperer 50.
Arzneiwirkung und Giftempfindlichkeit, Handowsky 77.
Askariasis-Epidemie, Piccardi 421.
Aspermatismus s. Ejakulatio.
— funktioneller, Fürbringer 23.
Asthma, Pathogenese, Therapie, Zusammenhang m. anderen Krankheiten, Róth 100.
Atherom s. Karzinom.
Atrophia cutis idiopathica, Kumer 199.
Atrophie d. Haut u. Schleimhaut, diffuse, Bloch, M. u. Blamoutier 738.
Atrophodermia idiopathica progressiva, Pasini 421.
Azitetramin, über, Filippi 692.

Digitized by Google

Bakteriologie und Serologie, Technik und Methodik, Klimmer 550.
Bakteriophage und Immunität, d'Herelle 71.
Basalmembran, epidermale, Frieboes 93.
— — Born 138.
— zw. Epidermis u. Kutis, Busacca 288.
Basalzellenepitheliom, de Buman 290.
Befruchtung, künstliche, Baumann 24.
Benzoeharzreaktion, Benveniste 268.
Beschäftigungsdermatosen, Ravogli 77.
Besonnung, Einrichtungen für — in der Klinik zu Dortmund, Petersen 718.
Betäubung, örtliche — bei Operationen an den Harnorganen, Kappis 17.
Beulenpest, Behandlung mit Neosalvarsan, Simpson 659.
Bilharziakrankheit, Ovispermia bei, Pfister 347.
Bilirubinämie und Ikterus bei Syphilis und Salvarsan, Kloeppel 329.
Bilirubin im Blutserum, Ormos 700.
Bioskopie, Brauchbarkeit der — bei Gewebswirkung chemo-therapeutischer Antiseptika, Munter 706.
Bisexualität, menschliche, Kiernan 526.
Blase s. auch Harnblase.
— Durchwanderungsperitonitis bei Erkrankung der, Bitschai 643.
— Hämangiom der, Hübner 643.
— Holzstück und Stein in der, Szili 689.
— kavernöses Angiom der, Hübner 689.
— s. Purpura vesicae.
— Totalexstirpation der — bei Karzinom, Scheele 643.
Blasenbildende Hauterkrankungen, Nobl 729.
Blasendivertikel, kongenitale, Anschütz 17.
— — Kneise u. Schulze 22.
— Pleschner 121.
Blasenentzündung durch Paraffinklumpen, Geyer 689.
Blaseneruption, Fall von, Sequeira 529.
Blasenfremdkörper, Hofmann 642.
Blasenfunktion, Physiologie und Pathologie der, Schwarz 19.
Blaseninhaltstoffe, Thomas u. Arnold 50.
Blasenkrankheiten, Fortschritte in der Erkennung und Behandlung, Ringlet 123.
Blasenmethode, Funktionsprüfung auf Ödembereitschaft, Gänsslen 722.
Blasensteine nach Prostatektomie, Legueu 689.
Blasentumoren, Behandlung d. gutartigen, Wulff 18.
— Täuschungen bei der zystoskopischen Diagnose; Beitrag zu Kapitel Blasendivertikel und tertiäre Lues, Kieleutner 120.
Blastomykose, Bürkmann 176.
— örtliche, Haase, Hall u. Marshall 655.
Blennorrhoe, Behandlung, Janet, Jules 179.
Blennorrhoe-Behandlung, Janet 180.
Bloch, Iwan, Pinkus 13.
Blutchemismus und Serodiagnose, Lange 268.
Blutentnahme bei Säuglingen, Steinhardt 270.
— Instrument zur, Franceschini 422.
Blutgerinnung nach Röntgenbestrahlung, Levy-Doon u. Schulhof 715.
Blut und Gewebe, Austauschvorgänge. H. Einfluß von Adrenalin, Hypophysen u. a. Blutdrüsenextrakten, Bauer u. Aschner 142.
Blutinfektion, pyogene, Buzello 730.
Blutkörperchensenkungsprobe in der Urologie, Pewny 355.
Blutplättchen, Verhalten bei parenteral zugeführten Reizstoffen, Stahl 447.
Bluttransfusion, zur Technik der, Höst 448.
Blutungen, idiopathische — in Haut und Schleimhaut, Meyer u. Nassau 413.
Boecksche Erkrankung, Ruete 329.
Bowensche Dermatose, Pautrier 42.
Bromausschläge s. Jod.
Bromoderma, Strassberg 119.
— tuberosum vegetans, Bruhns 237.
Bubonenpest, behandelt mit Neosalvarsan, Mansoor 532.
Budapester dermatologische Monatsschrift, Egyidi u. Lehner 292.
Bursitis der Verliebten, Belgodère 647.

Chaulmoogra-Öl bei Nierentuberkulose, Cowen-Detroit 348.
— Derivate des, Ohara 660.
Chelonin bei Hauttuberkulose, Hübschmann 646.
Chemische Konstitution u. Wirkung der Arzneikörper, Oswald 407.
Chloratwirkung, Mechanismus der, Meyer 710.
Chlorkalziumtherapie, Indikationsgebiet der, Bernhard 448.
Chlorophyll, therapeutische Wirkung des, Bürgi 426.
Cholesteatom der Harnwege, Klug 687.
Chromatophorenfrage, zur, Bloch 137.
Chromozystoskopie, Pflaumer 20.
Chromsäure, Fazialislähmung nach Ätzung, v. Liebermann 74.
Chrysarobingruppe, Wirkung der, Patzschke 289.
Chylurie und Zystoskopie, Hartmann-Keppel 70.

Digitized by Google

Condyloma acuminatum, Kontagiosität, Lichtenstein 162.
— — s. Spirochäten.
Cowperitis, chronische, Cohen u. Dourmashkin 644.
Cowpersche Drüsen, lat. chron. Entzündung, Leszczynski 263.
Creeping Disease, Lehner 656.
„Creeping Disease", Fall, Fol u. Jaeger 656.
Cutis verticis gyrata, Oliver 65.
— — — Alderson 206.
— — — Fischer 290.

Dariersche Krankheit, Goté u. Bartoye 140.
— — Barber 528.
— — Burnier u. Rejsek 550.
Demodex, Photographien bei Impetigo, Whitfield 528.
Dermatitis durch Ammoniak, am Gesäß beim Säugling, Cooke 124.
— artefacta, Lancashire 450.
— durch Beschäftigung, Gardiner 223.
— chronica atrophicans s. Atrophie der Haut.
— nach Ol. Citronellae, Lane 40.
— exfoliativa s. Schälblasen.
— — Unna jun. 285.
— — (Rittershain) Cairus 728.
— — — Wieland 728.
— gangränöse bei Syringomyelie, Mestschersky 328.
— herpetiformis, Delbanco 285.
— — Zimmern 345.
— Lack-, Pusey 639.
— durch Nachtschmetterling, Hashimoto u. Hagiwara 203.
— s. Prokain.
— reticularis, Herxheimer u. Koppenhöfer 291.
— venenata (durch tropische Pflanzen), Pardo-Castello 638.
— nach Vesikans, Jeanselme u. Blamoutier 62.
Dermatologie von Darier, Civatte, Mallein usw. Handbuch 492.
— und Kinderheilkunde, Kleinschmidt 346.
— und Nervensystem, Hyslop 696.
— Erfordernisse u. Pflichten der, Chipman 696.
— neuartige medikamentöse Behandlung, Savnik u. Truttwin 711.
Dermatologische Ausbildung und Praxis, Ormsby 204.
— Gesellschaft, Amerikanische, Bericht des statistischen Ausschusses, Pollitzer 639.
— Heilmittel, Jessner 552.
Dermatomykosen, Pinkus 746.
*Dermatophyten, Kulturen auf deutschen Nährböden, Grütz 568.
Dermatoscopie, Michael 204.
Dermatosen, merkurielle, Almkvist 634, 646.
— präkanzeröse, Highman 554.
Dermographismus zur Untersuchung der Hautgefäße, Schwartz 407.
Diachylon, Leclerc 709.
Diachylonsalbe, Montgomery u. Culver 41.
Diadin, Oppenheimer 76.
Diagnose, Fall zur, Adamson 529.
— — — Dore 529.
— — — Lilienstein 286.
— — — Meyerhoff 345.
— — — Nobl 198.
— — — Oliver 528.
— — — Semon 527.
— — — Sibley 527.
— — — Vöhl 177.
Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Innere Medizin, Schwalbe. 5. Heft, Krankheiten der Harnorgane, Korányi. Störungen der Geschlechtsfunktion des Mannes, Fürbringer 493.
— — — — Haut- u. venerische Krankheiten. I. Hautkrankheiten, Bettmann 754.
— — — — Haut- u. venerische Krankheiten. II. Venerische Krankheiten, Riecke 754.
— — — — VI. Kinderheilkunde, Tuberkulose, Syphilis, Fischl 754.
Diät, kochsalzarme u. -haltige s. Phenolsulfophthalein 644.
Diathermie, endourethrale und endovaginale, Roncayrol 469.
Dijodyl, Erfahrungen mit, Luft 711.
Diphtheriebazillen in der Scheide von Gebärenden und Wöchnerinnen und Neugeborenen, Tsukahara 103.
Diphtheriebazillus, Polkörperchen, Schumacher 48.
Diphtheriehautreaktion, Ursache des negativen Ausfalles bei maligner Diphtherie, Helmreich u. Schick 516.
Diphtherie der Haut, bes. die ekzematoide Form, Biberstein 726.
Diphtherie-Immunität und -Empfänglichkeit, eine Probe auf, Kellogg 103.
Diphtherie der Glans penis, Bode 726.
Diphtosan bei Diphtheriebazillenträgern, Biemann 103.
Diplokokkus, ein eitererregender, Kusunoki 403.
Dold-Reaktion, Keining u. Werner 330.
Doramad s. Thorium-X.
Doramadbehandlung in der Dermatologie, Jessner 446.

Digitized by Google

Dosimeter, Sabourauds, Wels 78.
Duodenalgeschwür, chronisches — nach Verbrennung, Kirchmayr 102.
Dupuytrensche Kontraktur, Delbanco 511.
Durchtränkungsmittel für histologische Objekte, Drahn 27.
Dyshidrosis, mykotischer Ursprung, Legrain 655.
Dyskeratose, eigenartige, Fuchs 290.

Eigenblut s. Vebli-Behandlung.
— defibriniertes, in der Reiztherapie, Spiethoff 707.
Eigenblutbehandlung, Nourney 486.
Eigenharnreaktion nach Wildbolz, Roedelius 17.
— Andreasch 661.
— Böminghaus 226.
— Stiefel 226.
*— nach Wildbolz, Tuberkulose der Haut, Mayr, J. K. u. Hofstadt, H. 165.
Eiweißzerfallvergiftung, schützender Einfluß des Wärmekastens auf, Pfeiffer 406.
Ejaculatio deficiens inter congressum, Fürbringer 24.
— praecox, Behandlung, Kronfeld 24.
Eiterungen der Haut und Unterhaut bei Hungernden, Popoff 732.
Eiterzellen, Phagozytose, Umemura 699.
Ektebin in der Dermatologie, Langer 439.
Ekzem, Mills 104.
— Ätiologie, Rajka 287.
— Behandlung des, Schäffer 104.
— — mit Vakzine, bes. Maststaphylokokkenvakzine Staphar, Stern 124.
— — des chronischen mit konzentriertem Kohlenbogenlicht, Lomholt 513.
— — mit Kalziumchlorid, Lampronti 727.
*— artefizielle Hautentzündung und Impetigo, Török 273.
— der Kinder und Stuhluntersuchung, White 638.
— Natur des, I. Teil, Jaeger 640.
Ekzema hiemale pruriens s. Winterausschlag.
— marginatum, Bekämpfung des, Hallows 747.
Elastin, Ewald 698.
Elektrolysebehandlung der Hypertrichosis und Mäler, Williams 241.
Elektrolyse, Umfrage bei Autoritäten, Toomey 240.
Elefantiasis der Vulva auf skrofulo-tuberkulöser Basis, Weber 642.
„Elusive ulcer" der Harnblase s. Harnblase.
Empfänglichkeit für nicht bakterielle Toxine u. Proteine, Whitfield 223.
Encephalitis epidemica, Beziehungen zum Herpes febrilis und zur Influenza, Doerr u. Berger 495.
Endokrine Drüsen, Hauterscheinungen bei Erkrankungen, Lichtwitz 512.
— Störungen und nitritoide Krisen, Levy, Juster, Lafont 647.
— — der Genitalsphaere mit zerebralen Reizerscheinungen, Kämmerer und Lorber 733.
Endokrines System, Beeinflussung durch Thallium, Buschke u. Peiser 734.
Endomycosis cutanea, Lombardo 423.
Endotheliom, Beobachtungen über einige Fälle, Bertaccini 423.
— der männlichen Brust nach Verletzung, Griffith 739.
Endotheliome, bösartige, mit Hautbeteiligung, Busman 637.
Entzündungsfrage und Histophysik, Thoma 704.
Entzündung, Theorie, Röder 49.
— Kapillarbeobachtung, Magnus 50.
Enuresis, Urinaltherapie, Plato 369.
Eosinophilie bei Tumoren, Schellong 164.
— In-Vitro-Versuche über (Blutgerinnung), Liebreich 704.
Epidermis, biologische Funktionen, Frieboes 97.
— Bau der, Kreibich 288.
Epidermodysplasia verruciformis s. Dyskeratose.
— — s. Hauterkrankung, bisher nicht beschriebene.
Epidermolysis bullosa, Rosenthal 16.
— — Castle 529.
— — Davis 527.
— — Hachez 330.
— — Igewsky 327.
— — Mandel 44.
— — haemorrhagica Kučera 221.
Epididymitis und Funikulitis, Therapie, Eichelbaum 353.
— gonorrhoica, intraskrotale Kochsalzinjektion bei, Richter 686.
— bei Grippe, Engelen 690.
Epitheliom, Nobl 198.
— Mastrocola 421.
— basozelluläres zystisches — des Gesichts, Hudelo, Richon u. Cailliau 441.
Epithelioma adenoides cysticum, Savatard 468, 528.
— — — mit Hämangiom, Bacher 288.
— cysticum, Hempel 328.
— mixtum mit gelblichen Körnern und Neigung zur Rückbildung, Milian u. Rivalier 441.

Digitized by Google

Epitheliome, bösartige und Gewebsreaktion, Parkhurst 205.
Epitheliomentwicklung auf einem Keloid, Belot u. Nahan 549.
Epithelisierung, Injektionsepithelisierung nach Pels-Leusden, Reschke 707.
Epithelisierungsversuche mit Röntgenstrahlen, Haberland 716.
Epithelzyste, traumatische, Blond 534.
Epithensalbe, Knust 710.
*Erfrierungen, Röntgenbehandlung, Fuhs 293.
— — Rothbart 496.
Ernährung, Einfluß auf Blutdrüsen, bes. Adrenalingehalt der Nebennieren, Rodoni 532.
Erosio interdigitalis blastomycetica, Mitchel 637.
*— — — Samson 473.
Erotik in den Gedichten der Griechen, Licht 24.
Erysipel und blauer Eiter, Ledderhose 140.
— Behandlung mit Quarzlampe, Czepa 141.
— — — Vakzinen, Russel 531.
— experimentelles, Gay u. Rhodes-Berkeley 730.
— des Mundes, Thorp 730.
— nekrotisierendes an der Mamma, symmetrisch lokalisiert, Hösch 730.
Erysipeloid, Dubreuilh u. Joulia 490.
Erythem, chronisches — der Beine, Mac Cormac 527.
— schuppendes — in Verbindung mit arthritischen Veränderungen, Nannay u. Galloway 527.
Erythema induratum, Meyer 286.
— — Patzschke 345.
— — und Schleimhauttuberkulide, Arndt 218.
— — ultraviolettes Licht beim, Oliver 636.
— multiforme der Schleimhäute, Bukler 65.
— — Kumer 119.
— — der Mundschleimhaut, Delbanco 285.
— — bei Ernährung mit Brotsurrogaten, Spasski 732.
— nodosum, Wesen des, Pagniez 101.
— — neuere Beobachtungen über, Barthélemy 495.
— — bei akutem Rheumatismus, Wetherbee 495.
— — im Kindesalter, Ätiologie der, Rohrböck 495.
— figuratum perstans, Krüger 116.
— solare, Hashimoto u. Hagiwara 203.
Erythroedema s. rosafarbene Krankheit.
Erythrodermia desquamativa, Behandlung, Nobel 728.
Erythrodermie, pityriasiforme, generalisierte, Raynaud, Monpellier und Lacroix 46.
— Fall von lymphoblastischer, Dyson 527.
— toxische, pemphigusartige, Paillet 239.
— tödlich verlaufende — bei Behandlung mit Eparseno, Rabut, Boutellier u. Richon 442.
Erythro-Keratodermie, nicht kongenitale und nicht familiäre, in symmetrischen Herden, Hudelo, Richon u. Cailliau 442.
Erythromelalgie, Bedeutung bei intermittierendem Hinken, Weber 494.
Essigsaure Tonerde, Gebrauch, Speck 709.
Esthiomène, Ätiologie, Crosti 422.
Eunuchoidismus, Spät- und Dystrophia adioposogenitalis, Differentialdiagnose, Hueck 733.
Euter der Haustiere, Plasmazellen im gesunden und kranken, Vortmann 402.
Exanthem bei Menses, Baer, Th. 176.
Exfoliatio areata, Zunge, Lippen, Wangen, Arndt 218.
Exsudative Diathese, Erscheinungen, Blühdorn 727.
Extremitäten, Therapie der Stauungen in den unteren — und ihrer Folgen (Varizen, Geschwüre, Plattfuß), Fischer 722.

Faltenbildung der Haut, Fischer 290.
Farbenkolloide im Dienste der Serologie, Hecht 268.
Favus bei Mäusen durch Achorion violaceum, Lode 368.
— von Achorion gypseum, Truffi 423.
— Allgemeine Hautreaktionen bei, Ambrosoli 422.
— der unbehaarten Haut, Little 528.
Favuseffloreszenzen der unbehaarten Haut ohne Skutula, Jeanselme u. Bloch 549.
Fettembolie, zur Lehre von, Wegelin 706.
Fette, Wasseraufnahmefähigkeit tierischer, Lifschütz 706.
Fibroelastisches Gewebe der Haut, abortiver Abbau, Grawitz 402.
Fibrolysin, Reh 738.
Fingernägel, Veränderungen nach Gelenkrheum. u. Tbc., Rosenau, William H. 184.
Finsenbäder bei Larynxtuberkulose, Strandberg 243.
Fissura ani, Kapelusch 374.

Digitized by Google

Flavizid, Desinfektionsleistung, Langer 48.
Fleckfieber, Erreger, Kultur, Kuczynski 206.
— bakteriologische Blutbefunde bei, Glusman u. Kandiba 659.
Fleckfieberinfektionen bei Meerschweinchen, Weil u. Breinl 206.
Fliegenlarven im äußeren Gehörgang, Sacco 748.
Fluor, Behandlung mit Thyoparametron, Friedländer 693.
Folliculitis decalvans, Bernstein, E., 175.
— — Little 528.
Fordyces Krankheit, Barthélemy 491.
Formalin- u. Novokainekzem, Sensibilisierung, Rosenbaum 727.
Fox-Fordycesche Krankheit, Delbanco 285.
Framboesia tropica, Gutierrez 204.
— — in den Vereinigten Staaten, Fox 637.
Framboesie in den Vereinigten Staaten 732.
— Antimon bei, Auden 532.
Freiburg i. B., neue dermatologische Klinik 28.
„Frost", gehäuftes Auftreten von — bei Kindern, Katz 496.
Fulguration bei Hautleiden, Day 241.
Fünfgläserprobe, Wolbarst 68.
Furunkel, Behandlung, Kritzler 140.
— — Schüle 729.
— — mit Histoplast, Ledermann 730.
— des Gehörganges, Glassburg 140.
Furunkulose, Behandlung mit Autovakzine, Saweljew 329.
— — der Säuglings-, Grulee u. Rose 530.
— spezifische Lokaltherapie, Wassermann, A. 140.
*Furunkulose und Hidrosadenitis axillaris, Röntgenbehandlung, Fuhs 390.
— und andere bakterielle Hauteiterungen, Behandlung mit Staphylokokkenvakzine, Brunner 730.
Fusiforme Bazillen und Vincents Spirochäten, Davis u. Pilot 403.

Gangrän am Bein, Milian u. Rivalier 44.
— senile s. Alkoholinjektion.
— spontane, infolge akuter Thromboarteritis, Purpura vortäuschend, Kramer 472.
— s. Spontangangrän.
Gate- und Papacosta-Reaktion für Syphilis, Bouttiau 263.
Gaumenmandeln, Epithelverhornung, Gäbert, Erich 183.
Geburtsflecke, blaue, Bedeutung, Zarel 27.
Gefäßnerven auf die Permeabilität der Gefäße, Einfluß, Asher 26.
Gelenkauswüchse der Haut, MacKee u. Andrews 39.
Genitale, experimentelle Pharmakologie d. männlichen. VI. Innervation der urethralen Drüsen, Perutz 688.
Genitalblutung, letale — bei Purpura haemorrhagica, Herrmann 472.
Genitourinalapparat, reflektorische Phänomene, Bartrina 69.
*Gerstenpollen als Ursache von Hauterkrankungen, Hodara, Behdjet, Sureya 209.
Geschlechtsdrüsen, Untersuchung bei neugeborenen Ziegen. Wahrer unilateraler Hermaphroditismus, Krediet 687.
Geschlechtskranke, Untersuchung, Briant 240.
— Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, Gärtner 425.
Geschlechtskrankheit, vierte, Bory 349.
Geschlechtskrankheiten, Rau 47.
*— s. Alkohol.
— und sexuelle Aufklärung, 25.
*— Nourneys Immunitätsbehandlung, Evening 36.
— Behandlung, Hauck 70.
— Bekämpfung in Norwegen, Haustein 425.
— — s. Veto.
— offener Brief zur Anzeigepflicht an Roeschmann, Flesch 424.
— Meldepflicht des Arztes bei, Bender 424.
— persönliche Prophylaxe gegen, Manteufel 695.
— Prophylaxe in Marokko, Carle 695.
— über die Wirksamkeit des Programms gegen, Irvine 695.
— Überwachung der Prostitution, Grotjahn 401.
— Schutz vor, Bayly 695.
— in der serbischen Armee während des Krieges, Douchan 306.
— Statistik, Lassuzur 376.
— — in Japan, Tagawa 203.
— Kritik und Statistik, Loewenstein 425.
— Verbreitung in Nürnberg, Voigt 376.
— internationale Vereinigung gegen, Jeanselme 549.
— Verhütung und Bekämpfung, Nadel 25.
— Vorbeugung, Walker 25.
— Zunahme der — in den Großstädten, Abwehr, Sieveking 695.
Geschlechtsleben d. Menschen, Placzek 445.

Digitized by Google

Geschlechtsschwäche, Orlowski 551.
Geschwulstartige Bildungen in der Gesichtshaut, Arzt 737.
Geschwülste, Entstehung der, Schwarz 736.
— pigmentlose, Deelmann 646.
— maligne, Röntgenbhdlg., Schmieden 181.
— vielfache, gutartige, v. Schweninger-Buzzi-Typ, Sweitzer 636.
Geschwür, venerisches, adenogenes, Hanns u. Weiss 43.
Gewebepflege oder Explantation, Praktikum, Erdmann 514.
Gewebe, Veränderungen des elastischen kollagenen, Carol 646.
Gewebsatmung in der gesunden und kranken Haut, Gans 696.
Gewebsfärbungen, Verstärkung m. Anilinfarben, Post 27.
Gewebskulturen, weitere Mitteilungen, Busse 26.
Gewebsreaktion bei bösartigen Epitheliomen, Parkhurst 205.
Gewerbedermatitis, Spitzer 118.
— O'Donovan 449.
— im Hospital von Massachusetts, Lane 636.
— bei schottischen Paraffinarbeitern, Scott 449.
Gewerbeschädigungen der Haut s. Hautschädigungen.
*Gewerbliche Dermatosen, Sachs 582.
— — Klassifizierung, Lane 638.
Giemsafärbung, Wesen der, Giemsa 699.
— Bemerkungen zum Aufsatz, Unna 699.
Gifteichendermatitis, Alderson 78.
Giftsumach, Brown 42.
Glatze, frühzeitiges Auftreten, Sabouraud 745.
Glossitis exfoliativa marginata s. Stomatitis impetiginosa.
Glykogen, Veränderung durch Belichtung, Bayer 450.
Gonokokken, chemischer Aufbau, Schumacher 220.
— Differenzierung von Arten, Thomsen u. Vollmond 684.
— Färbung von Kulturen und Vakzine bei Degeneration, Buschke u. Harry 350.
— Impftherapie, Nanta 63.
— Infektion, aufsteigende Pyelonephritis, Heilung durch Vakzine, Roussille u. Traband 351.
— Kulturen u. Mutationsbildung, Kandiba 405.
— Milchsäurenährboden, Delbanco 345.
Gonorrhoe u. Appendizitis, häufigste Ursachen der chronischen Adnexentzündungen, Mueller 693.
Gonorrhoe u. Syphilis, Bhdlg. mit Eigenblut, Pollak 552.
*— Abortivbehandlung der männlichen, Gjorgjevic 335, 363.
— Abortivkur, Provokation, Ehekonsens, Balog 396.
— Gefahren der Abortivbehandlung, Fuchs 351.
— Argochromtherapie, Weil 352.
— — Ludwig 352.
— Behandlung der g. Endometritis und Adnexitis, Frank 307.
— Bhdlg. der akuten — mit intravenösen Traubenzuckerinjektionen, Scholtz u. Richter 685.
— Behandlung von Komplikationen mit Mirion, Brünauer 352.
— ambulante Behandlung der weiblichen, Cassel u. Lilienthal 686.
— chirurgische Behandlung der akuten, Weissenstein 353.
— elektrolytische Silbersalz- und galvanokaustische Behandlung, Tommasi 421.
— interne Behandlung mit Pellogon, Seidl 353.
— interne Behandlung der akuten — mit Terogon, Lipschütz 685.
— intravenöse Trypaflavinbehandlung der weiblichen, Pinesohn 354.
— örtliche Behandlung, Legueu 353.
— Behandlung der weiblichen — mit Kollargol i. v., Koller-Aeby 354.
— — bei Frauen, Bucura 350.
— — — — u. Prophylaxe, Bruck 482.
*— — der weiblichen — und persönliche Prophylaxe, Bruck 464.
— — — — mit Zelluloidkapseln, Löber 354.
— — Morgagnische Lakunen, Janet 178.
— — mit Frischvakzine und lebenden Gonokokken, Loeser 685.
*— — mit Vucinum hydrochloricum, Laband 360.
— — mit Yatren, Herbeck 352.
— — der Zervix nach Pust, Oelze-Rheinboldt 354.
— — der Zervix durch Cholevaltamponade, Salomon 354.
— — — — m. Zelluloidkapseln, Pust 354.
— neuere Behandlungsmethoden bei Tripperrheumatismus, Moulonguet 686.
— Massenbehandlung im Kriegsspital, Porosz 685.
— Röntgenbhdlg. der latenten, Deutsch 686.
— Saugglockenbehandlung b. chronischer Gon. des Weibes, Matzenauer und Weitgasser 686.

Digitized by Google

Gonorrhoe, Vakzinetherapie, Grimberg 352.
— Wert der inneren Behandlung der, Scholtz 685.
— Winke für Behandlung der, Janet 470.
— Wirkung der gebräuchlichen Antigonorrhoika, Paul 241.
— Nebenhodenentzündung mit Kalzium intravenös behandelt, Radnai 686.
— therapeutischer Versuch bei frischer — des Mannes, Schreiber 685.
— Thermopenetration der weiblichen, Kyaw 354.
— s. auch Epididymitis.
— Epididymitis, nichtspezifische Behandlung, Mueller u. Reese 67.
— Erfahrungen über, Bieberach 240.
— Exanthem, Kaplan 97.
*— hyperkeratotische Exantheme, Buschke u. Langer 145.
— Ätiologie spezif. Exantheme, Paschen u. Jentz 350.
— Gelenksaffektion im Larynx, Rhodin 397.
— Heilfieber-Serum-Stauung u. Impfung mit Eigensekret, Schmidt 351.
— beim Weibe als Herdinfektion, Langstroth 350.
— Keratosis blennorrhoica, Blamoutier 684.
— Beteiligung der Knochen bei Arthritis gon., Kamnitzer 351.
— schwere Komplikation und Vakzinebehandlung, Galliot 351.
— kulturelle Methoden bei chronischer Gon. des Weibes, 684.
— laienverständl. dargestellt, Orlowski 514.
— Lymphangitis im Bereich des Triceps brachii, Matarasso 263.
— mit Lymphangitis der Vulva, Laborde 239.
*— Myelitis transversa, v. Polony 60.
— Protein- und Vakzinetherapie, Fišer 221.
— Proctitis ulcerosa gonococcica, Scomazzoni 422.
— Provokation latenter — bei der Frau, Nevermann 354.
— Rektal-, Martin 506.
— Rektalbefunde bei kindlicher, Lauter 684.
— Rolle der — bei der ankylosierenden Versteifung der Wirbelsäule, Ramel 647.
— und Schwangerschaft, Couvreux 350.
— als Ursache von Entzündung d. Tuben und Ovarien, Förster 351.
Gonorrhoen, verdeckte, chronische und die angeblich nichtgon. Urethriden, Mouradian 647.
Gonorrhoische Gelenk- u. Sehnenscheidenentzündungen, Behandlung, Langer 353.
— Gelenkentzündung s. a. Polyarthritis.
— Vulvovaginitis, Endausgang der, Kjellberg 397, 398.
Granuloma annulare geheilt dch. Kohlensäureschnee, Danel 46.
— — Pinkus 219.
— — Murero 421.
— — Arndt 440.
— inguinale mit Unterlippengeschwür, Beeson 205.
— — Paronnagian u. Goodman 40.
— — Goodman 525.
— pediculatum, Falkenstein 633.
Granulom, venerisches, Goodman 683.
Granulome, xanthomatische, Seyler 736.
Groer-Hecht s. Hautreaktion.
Gürtelrose, Schmerzstillung durch Paraffin, Fox 724.
Gynäkomastie, Tobler 162.

Haarausfall, Lichtbehandlung, Nagelschmidt 23.
— Ursache und Behandlung, Meyer 185.
Haargefäßwand, Durchlässigkeit, Gänsslen 26.
Haarpilze, Antiforminmethode bei Kulturen, Finkelstein 328.
Haarwuchsreizmittel, Widerstand des Haares gegenüber, Trotter 639.
Haare, spezifische Ernährung, Hypertrichosis und Haarausfall, Pulay 745.
— Häufigkeit roter, Boycott 654.
— idiopathisches Abbrechen, Jeanselme u. Marcel Bloch 549.
— s. Milchdrüsen.
Hämangiome, seltene Lokalisation, Kohl, Fr. 162.
Hämatologie, Tagebuch der klinischen, Domarus 514.
Hämaturie nach Appendizitis, Chrzelitzer 124.
— und Appendizitis, Stutzin 642.
Hämochromatosis, Linley 534.
Hämoklastische Krise s. Arsenobenzol.
Hängewange, Operation, Frühwald 98.
Harn, Anreicherungsverfahren zum Nachweis von Keimen, Huntemüller 373.
Harnapparat, Diagnose und Behandlung der Blutungen aus dem, Casper 687.
Harnbeschauer, alter, Renwick und Riddle 347.
Harnblase, Divertikel, kongenitale, Anschütz 17.
— — — Kneise u. Schulze 22.
— Drainage mit dem Troikart, Näther 356.
— Elektrokoagulation bei Geschwülsten, Mancini 369.

Digitized by Google

Harnblase, „Elusive ulcer", der, Kretschmer 121.
— Entzündungsform, Neoplasma vortäuschend, Cimino 369.
— Funktion, Physiologie, Schwarz 19.
— Haarnadel in der, Day 67.
— Hypoplasie, Cosasesco 68.
— Inhaltstoffe, Thomas u. Arnold 188.
— inkrustiertes Geschwür und Schrumpfblase, Paschkis 121.
— Inkontinenz, Behandlung, Frangenheim 19.
— Lues, Fälle, Faragó 19.
— Mischtumor, Lenormant, Ch. 180.
— Verletzung durch Pessarsplitter, Rübsamen 374.
— Pneumoradiographie, Rosenstein 22.
— Rupturen, spontane, Dittrich 369.
— Ruptur, spontane, geheilt ohne Operation, Nocalaysen 689.
— Schußverletzungen, Haberern 21.
— Spaltung, neue Operationsmethode, Drachter 688.
— Stein, endemischer in Siam, Schneider 347.
— — ungewöhnlicher, Pedersen u. Jovine 347.
— Steine, Entfernung zerkleinerter, Tavone 469.
— — Prostatektomie, Caraven und Lourdel 179.
— Störungen, funktionelle, Schwarz 356.
— überdehnte, Therapie, Waldschmidt 22.
— Thermopenetration bei Erkrankungen, v. Büben 369.
— Tumoren, gutartige, Behandlung, Wulff 18.
— — Radiumbehandlung, Marion 08.
Harn, Eiter im, siehe Pyurie.
Harn- und Genitalsystem, Schmerzen bei Erkrankungen des — und deren Deutung, Irwin 687.
Harnleiterende, zystische Erweiterung d. rechten vesikalen und deren Behandlung, Richter 121.
Harnleiter, intravesikale Behebung von Hindernissen im (Steine, Strikturen), Walther 692.
Harnorgane, örtliche Betäubung b. Operationen, Kappis 17.
Harnreaktion, Eigen-, Roedelius 17.
Harnretention m. Singultus, Schoen 370.
— Tunnelierung der Prostata bei, Villemin 68.
Harnröhre, defekte, Ausgleich dch. Mobilisation des Penis, Sudeck 355.
— Divertikel, Operation der, Goldenberg 355.
— Durchleuchtung der als diagnostische Hilfsmittel, Aronstam 123.
Harnröhre, Fremdkörper in der, Olsen u. Sweeney 348.
— s. Transplantation.
— zufälliger Verschluß der männlichen, Bisher 689.
Harnröhrenabszeß der Eichel, Reynard u. Juvin 69.
Harnröhrenmündung, kongenitale Deformitäten, Sato 202.
Harnröhrensteine, prostatische, Wehner 20.
— Klinik und Operation, Wehner 20.
Harnröhrenverengerungen, Röntgenaufnahmen, Béclère, Henri u. Henry, Robert 177.
Harnwege, außergewöhnl. Tumorbefunde an den oberen, ableitenden, Janssen 122.
— Cholesteatom der, Klug 687.
Haut, Entzündungen der — mit netzförmiger oder verästelter Zeichnung, Lehner u. Kenedy 634.
— u. autonomes Nervensystem, Müller 346.
— Sensibilität der — nach Durchschneidung des Nervus intercostobrachialis bei Mammaamputation, Franz 705.
— Tier- und Menschen-, Meirowsky 26.
*Hautabschuppung, ansteckende, d. Hände, Porosz 216.
Hautabszesse, multiple mit Pfortaderstenose und Myelothrombophlebitis im Kindesalter, Bardach 530.
Hautaffektionen der Wechseljahre, Bauer 733.
Hautanomalie, seltene, angeborene, van Lohuizen 646.
Hautatrophie, Sommer 285.
— idiopathische, Bruck 286.
— — Fischel 439.
Hautausschlag durch Schimmel, Russ 747.
Hautbeschaffenheit aus Mamma, Präputium usw., Esser 98.
Hautdrüsenmuskulatur, über die Entwicklung der — bei Amphibien, Kornfeld 698.
Hautemphysem während der Geburt, Mittweg 724.
*Hautentzündung, artifizielle, Ekzem und Impetigo, Török 273.
*Hauterkrankung durch Gerstenpollen, Hodara, Behdjet, Sureya 209.
— bisher nicht beschriebene, Lewandowsky † u. Lutz 289.
— ausgebreitete nach Umschlägen mit Pikrinsäure, Ballet 548.
Hauterscheinungen bei Magen-Darmstörungen, Ravogli 644.
— bei Erkrankungen des myeloischen Systems, Zurhelle 741.

Digitized by Google

Haut- und Geschlechtskrankheiten, Praktikum, Oppenheim 70.
— — — Behandlung der — mit kurzer Diagnostik, Hoffmann 648.
— — — therapeutisches Taschenbuch der, Blaschko u. Jacobsohn 648.
— — — Leitfaden, Oppenheim 242.
Hautgefäße s. Dermographismus.
Hautimplantation, histologische Vorgänge bei, Braun 402.
Hautjucken als Symptom der multiplen Blutdrüsenerkrankung, Szondi und Haas 144.
Hautkrankheiten, Hazen 225.
— im Mittelalter als kontagiös betrachtet, Martin 643.
*— intermediärer Stoffwechsel und, Pulay 81.
— Diagnose und Behandlung alltäglicher, Pisko 407.
— allgemeine Therapie der, Kren 706.
— und innere Krankheiten, Ehrmann 704.
— juckende, Differentialdiagnose u. Behandlung, Eicke 724.
— auf nervöser Basis, Marcus 713.
— parasitäre, v. Zumbusch 747.
Hautmykose, ausgebreitete, tierischen Ursprungs, Jeanselme, Marcel Bloch, Hutinel.
Hautparästhesien, über, Fleischer 721.
Hautpigment, Bildung und Abbau des, Lignac 533.
Hautpfropfung, neue Methode, Parce 472.
Hautreaktion nach Groer-Hecht, Vergleich mit Tuberkulinreaktion, Holzer u. Schilling 661.
Hautreaktionen, spezifische und unspezifische, Müller 226.
— Bewertung diagnostischer bei Säuglingen, Grosser u. Keilmann 403.
*Hautschädigungen nach Umschlägen mit feuchtem Zellstoff, Schauke 137.
— durch Beruf und gewerbliche Arbeit, Ullmann, Oppenheim und Rille 264.
Hautveränderungen nach Intensivbestrahlung, Heimann 717.
Hautverfärbung infolge von Quecksilberverbindungen in Schönheitsmitteln, Goeckermann 534.
— eigentümliche, durch Kalomelsalben, Goeckermann 736.
Hefe, therapeutische Wirkung, Reeves 51.
*Hefen, Sporulationsfähigkeit, Buschke u. Harry 357.
*Hefepilze s. Erosio interdigitalis.
Heftpflasterdermatitis, Siemens 77.
Heilmittel, entzündlich wirkende, siehe Subkutaninjektion 425.
Heiratende Männer, Gesetzentwurf eines freiwilligen Einheitszeugnisses für, Schubart 696.
Heliobrom, Antipruriginosum, Joseph 710.
— Blau 710.
Herbaseife, Bäumer 76.
Herpes-febrilis-Infektion, experimentelle, Gaviati 423.
Herpes febrilis s. Encephalitis epidemica.
— und Enzephalitis, Immunität bei den neurotropen Hautinfektionen, Levaditi u. Nicolau 495.
— Überimpfbarkeit, Teissier, Gastinel u. Rielly 495.
— genitalis, Übertragbarkeit auf Kaninchen, Luger u. Lauda 101.
— gestationis, Bittmann 220.
— iris, klinisch-anatom.-patholog. Beitrag, Tedeschi 421.
— virus, Übertragbarkeit auf Ratten, Peiser 724.
— zoster s. Gürtelrose.
*— — Wohlwill 249.
— — Wohlwill 511.
— — ungewöhnliche Fälle, Corson u. Knowles 41.
— — experimentelle Untersuchung, Blanc u. Caminopetros 46.
— — und innere Erkrankungen, Arnstein 495.
— — und Varizellen, Hallez 496.
Hidradenom, Hudelo, Cailliau und Oury 45.
*Hidrosadenitis s. Furunkulosis.
Hirngeschwülste s. Tumoren des Hirns.
Hodenüberpflanzung, neuere Bestrebungen, Mühsam 371.
Hodentransplantation von Affen, Thorek 67.
— Kreuter 371.
Hodenteratom s. Zwischenzellen.
Hoden, Zwischenzellen, Sternberg 370.
— s. a. Zwischenzellen.
Hoden- u. Nebenhodenaffektionen, Diagnose und Behandlung der, Casper 690.
Hodenüberpflanzung, Ergebnisse der, Mühsam 691.
Hoden, Verhalten des — nach Unterbindung der Vasa spermatica, Gohrbandt 690.
— s. Verjüngung.
Höhensonne, Wirkung auf Gesamtorganismus, Ziegler 718.
Höhensonnentherapie, weitere Indikationen zur, Reh 719.
Homosexualität, Gaupp 375.
Hormontherapie, Fürth 142.
Hufeisenniere s. Hydronephrose.
— Chirurgie der, Eggers 122.

Digitized by Google

Hühnerspirillose s. Spirillose.
Humagsolan, Wirkung des, Scharlam 654.
Hunger, Eiterungsprozesse der Haut und Sonnenbrand während des, Popoff 732.
Hyalom, Ruedemann 40.
Hydroa aestivale, Delbanco 285.
— — bei Zwillingen, Eddowes 532.
— vacciniforme, Vererbung, Siemers 95.
— — Martenstein 95.
— — bullosa, Radaeli 422.
— vacciniformis s. aestivale, Senear u. Fink 639.
— — Buquicchio 423.
Hydronephrom, Gefäßkomplikationen, Rehn 21.
— mit Metastasen, Colmers 20.
Hydronephrose des dreiästigen Nierenbeckens, Gaza 21.
— Behandlung, Oehlecker 16.
— einer Hufeisenniere, Oehlecker 16.
— Behandlung der — durch anormale Nierengefäße, Ekehorn 18.
— Hämaturie bei, Mitsinkides 70.
— Frank u. Glas 122.
— bei Resektion des Gefäßstranges, Kummer, Robert H. 177.
Hydrozele, Behandlung der, Franke 690.
— chronische, durch Terpentininjektionen geheilt, Deutsch 690.
Hyperidrosis s. Agarical.
Hyperkeratosis palmaris, Lilienstein 345.
Hypertrichosis des Gesichts s. Röntgenstrahlen.
Hypnose und Suggestion, Sopp 241.
Hypodermiasis, Grön 223.
Hypospadiasis, zur Operationsmethode Fischers, Nagel 355.
Hypospadie, skrotale, Operation, Flörcken 18.
— Behandlung, Marion 645.
— Operation der, Fischer 688.
Hysterie, Kretschmer 551.
Hysterische, Geschlechtsleben der, Placzek 470.

Ichthyolpräparat, neues, Detathyol, Lackenbacher 446.
*Ichthyosis, interne Behandlung, Gjorgjević u. Pavlović 752.
— congenita, Foggie 530.
— — Kasuistik der, Heidler 729.
— bei Schwestern, Herxheimer 176.
— hystrix, Patzschke 286.
Ikterus nach Salvarsan, Wosegien 288.
Immunkörper, Koktostabilität, Spät 28.
Immunität der Haut und bei Tuberkulose, Böhme 227.
— vorübergehende und dauernde, Marmorek 404.
Immunität, zelluläre und Krankheitsdisposition, Theilhaber u. Rieger 403.
Immunitätserscheinungen bei den tropischen Spirochätenkrankheiten, Hoffmann 404.
*Impetigo s. Ekzem.
— contagiosa s. Schälblasen.
— — u. Dermatitis exfoliativa, Beziehung der Schälblasen zur, Weber 515.
— streptogenes u. Staphylokokkenmischinfektion, Pitsch 290.
Impetigonephritis, zur Frage der, Sieben 103.
— Hering 515.
— Husler 515.
— Ätiologie, Deussing 725.
*Impotenz, psychische, Stützapparat bei, Pollmer 10.
— des Mannes, Talmey 694.
Inaktivierungserwärmung, Einfluß auf Meerschweinchenkomplement, Hirsch u. Liebers 28.
Induratio plastica der Corpora cavernosa, Montpellier, Lacroix, Boutin 304.
— penis plastica, Lilienstein 286.
— — — Rotschild 347.
Infektionskrankheiten, Behandlung von, Aman 408.
— Ätiologie der, bes. der Diphtherie, Paneth 726.
Innere Sekretion und Balneotherapie, Schlayer 143.
Innersekretorische Therapie, nervenärztliche Erfahrungen mit, Laudenheimer 144.
*Interdigitale Kondylomatose s. Plaut-Vincentsche Flora.
Intravenöse Behandlungsart, Grenzen der, Voegtlin 407.
Ipekakuanha, Anaphylaxie gegen —, Desensibilisation auf subkutanem Wege, Widal, Abrami u. Joltrain 449.

Jod- und Bromausschläge, experimentelle, Smith 636.
Jod-Ichthyolanstrich, Lissa 729.
Jodismus, Problem, Muck 75.
Jodoformbildung mittels Kalium permanganicum, Preis 75.
Jodozym, Stephan 75.
Jodpräparate, Pharmakologie und Anwendung der, Osborne 711.
Jodtherapie und Jodmangel, Friedenthal 427.
Jodtinktur-Desinfektionen, schädigende Dämpfe bei, Weichert 427.
Juckpunkte, Toomey 42.
Juxtaartikuläre Knötchen, Entstehung, Noel 306.

Digitized by Google

Kal. permang. bei Hautleiden, Feldman u. Ochs 204.
Kalziumchlorid in der Ekzembehandlung, Lampronti 727.
Kamillosan 76.
Kampferölinjektionen, Sind intravenöse — unschädlich? Cheinisse 445.
Kaninchensyphilis, Liquordiagnostik, Plaut u. Mulzer 269.
— s. Spirillose.
Kantharidenblasen, Pirquetsche u. Wassermannsche Reaktion bei, Buschke 50.
— Untersuchung von — bezüglich Pirquetscher und Wassermannscher Reaktion, Thomas u. Arnold 670.
Kapillaren, Blutstrom in den Hautkapillaren in verschiedenen Körperregionen, Parrisius u. Wintterlin 697.
— peristaltische Bewegungen der Blut-, Kylin 697.
— am Nagelwall, Anatomie und Physiologie, Dieter u. Sung-Sheng 402.
— Anatomie der, Vimtrup 402.
Kapillarmikroskopie des Röntgenerythems an der Bauchhaut, Schugt 715.
Kapillaruntersuchungen, Klinische, Secher 48.
Karbolsäure, zum Tode führende Absorption durch die Haut, Turtle u. Dolan 713.
Karbunkel, Totalexstirpation, Conti 140.
Karzinom, Blase, Dupont 178.
— u. Bronzefärbung der Haut, Großmann 534.
— Brustdrüse, männliche, Fessler 182.
— in einem Dermoid, Schönhof 96.
— des Gebärmutterhalses, Achard 693.
— des Gesichts (Schuppenzellenkrebs), O'Donovan 528.
— der Harnblase, Totalexstirpation bei, Schmieden 642.
— der Haut, Behandlung mit Röntgenstrahlen, Radium, Elektrokoagulation, Pfahler 555.
— — — Röntgenbehandlung, Miescher 182.
— — — s. Lentigo maligna.
— Haut, Röntgenbehandlung Brock 181.
— multiples der Haut, Mayr 330.
— des Hodensackes, Southam u. Wilson 740.
— Lippe, Elektrokoagulation und Bestrahlung, Pfahler 206.
— — Bestrahlung, Lain 206.
— der Mamma bei Männern, Kasuistik, Mülleder 556.
— Mundschleimhaut, Küttner 181.
— Metastasen, Häufigkeit, Lokalisation, Kitain 182.
— metastatisches, Arzt 119.
— der Niere mit Pleura-Metastase, Roubier 180.
Karzinom der Nasolabialfalte m. Deutschmann-Serum behandelt, Bruck 511.
— der Nase, klinische Studie über, Sutton 555.
— des Penis, Slagle u. Bennett 241.
— — — Heilung durch Emaskulation, Dax 356.
— Entstehung aus d. Pigment, Thos 634.
— der Rippengegend, Unna 345.
— s. Speicheldrüsen.
— u. Reizbestrahlung, von der Hütten 555.
— Erzeugung von — durch spezifische Formen der Reizung, Murray 536.
— Stachelzellen, Darier u. Ferrand 63.
— s. Teerkrebs.
— des Ureters, primäres, Suter 23.
— neue Wege der Forschung, Meisel 163.
— der Zervix nach Gonorrhoe, Luker 651.
— der Zunge, Arzt 201.
— — — eine verhütbare Krankheit, Bloodgood 556.
— — — Manson 652.
— — — falsche Diagnose und Behandlung, Bainbridge 740.
— Zunge und Behandlung mit Radium, Taussig 206.
— s. auch Krebs.
Karzinomanämie, Pathogenese, Roessingh 163.
Karzinome, Wirkung der Bestrahlung auf, Kock u. Vorländer 715.
— der Mundschleimhaut, Chirurgie der, Heidrich 740.
— zwei — des Gesichts und der Mamma, Bruck 511.
Karzinomen, Zwei Fälle von multiplen, Sequeira 528.
Karzinomentwicklung auf dem Boden eines Atheroms am Ohr, Häbler 740.
Karzinomrezidive der Mamma nach Röntgenbestrahlung, Hintze 556.
Kastration s. Röntgenkastration.
Katheterdrosßler, Heinburg 121.
Katheter, Entfernung des abgebrochenen, Franke 688.
— neuer, für den Urologen, Tatum 525.
Katheterismus, Geschichte des, Ebstein 240.
Keimdrüsen, innere Sekretion der — und ihre praktische Nutzanwendung, Fraenkel 532.
Keloid s. Epitheliom.
— Röntgenbehandlung, Herxheimer 176.
Keloide, chirurgisch-physikalische Behandlung der, Kromayer 738.
Keratitis und Meningoenzephalitis, experimentelle Untersuchungen über, Mariani 101.

Digitized by Google

Keratitis u. Encephalitis herpetica u. vaccinica, Mariani 423.
Keratodermia palmaris und plantaris, Aronstam 67.
— — et plantaris, Brünauer 116.
— maculosa, disseminata, Sklarz 218.
Keratosis follicularis in cutem penetrans, Smelow 326.
Kidneys, unilaterale fused, s. Niere, einseitig verschmolzene.
Kieselsäuretherapie bei Hautkrankheiten, Luithlen 710.
Kinderheilkunde s. Dermatologie.
Kittniere u. Kittureter, Oehlecker 16.
Kohlensäureschnee, Beutl 64.
Kohlensäureschneebehandlung, Technik der, Hecht 633.
Kollargol s. Argyrie.
Kollargolvergiftung s. Salvarsan.
Kolloide s. Farbenkolloide.
Kolloidklasie, Müller, H. jun. 701.
Komedonenakne nach Salvarsanexanthem, Rosenthal, F. 16.
Komplementablenkungsreaktion, Anteil Moreschis, Ascoli 266.
Komplementkonservierung, Hammerschmiedt 270.
Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 427.
— französ. sprechender Dermatologen 28.
Konstitutionslehre, Grundlagen der biologischen, Günther 470.
Konstitutionsproblem s. Reiztherapie, Borchardt 406.
Kontagiöse Krankheiten, Irrtümer bei der Diagnose von, Litchfield u. Dembo 748.
Kontagiöse Rezidive nach 1 Jahr lang negativer WR, Laurent 550.
Kopfläuse, Essigäther gegen, Bieber 748.
— Vertilgung der Nisse mit Antiforminlösung, v. Jency 748.
Kosmetik für Ärzte, Leitfaden der, Juliusberg 445.
— s. Schönheitsfehler.
Krampfadern, Behandlung der, Schanz 494.
— über die Behandlung, Voeckler 100.
— Behandlung der — mit Sublimatinjektionen nach Linser, Rosner-Piestany u. Wohlstein 722.
Krätze, Eosinophilie bei, Bagnoli 421.
— Diagnose u. Behandlung mit Pronatrol, Bäumer 185.
— Schnellbehandlung, Kiess 748.
— Schnellkur, Ehlers 185.
— Behandlung mit Mitigal, Burbi 186.
— — zu Artikel Balban, Oppenheim 186.
Krätzebehandlung, Erwiderung auf Oppenheim, Balban 186.
Krätzebehandlung mit Mitigal, Planner, H. 185.
— — — Berndt 747.
— nach Rossini, Sutejew 329.
— Demjanowitsch 747.
Krätzemittel Catamin, Schelcher, R. 185.
— Sarscato, Smechula 657.
— „Saruol", Bien 657.
— Scabisapon, Lewinski 657.
Krebs, Gallertkrebs in der Harnblase, Pincsohn 651.
— experimentelle Erzeugung von — durch Arsen, Leitch u. Kennaway 554.
— durch Arsen und andere kutane Arsenwirkungen, Fönss 633.
— nach Arsenkeratose, Semon 740.
— Diskussion über Hautkrebs auf dem Kongreß der Medizin. Akademie New York, April 21, 555.
— Gewerbekrebs der Paraffin- und Ölarbeiter in der schottischen Petroleumindustrie, Scott 554.
— Hornzellenkrebs der Haut, Kennedy 67.
— Röntgentherapie, Meyer 98.
— s. auch Karzinom.
Krebsbehandlung, neue Wege in der, Kupferberg 741.
Krebsbildung, Beteiligung vom Bindegewebe bei der experimentellen, Bierich 739.
Krebsgeschwüre, gewerbliche, Legge 554.
Krebshaare, Schridde 739.
Krebsrezidive, Erkennung regionärer — in der Haut, Franke 739.
Kryokauter, Vignat 45.
Kryptorchismus, Klinik und Therapie, Lichtenstern 121.
Kuhpocken, Gehirnvakzine u. seine Virulenz, Levaditi u. Nicolau 658.
— beim Menschen durch Stomatitis pustulosa contagiosa equi, van Heelsbergen 755.
— intrauterine Vakzination, Ohtawara 659.
— neurotrope Affinität des Vakzinevirus, Levaditi, Harvier u. Nicolau 658.
Kuhpockenimpfung auf den Philippinen-Inseln, Heiser u. Leach 658.
Kupfersulfat, Gangrän durch, Thal 78.

Labien, Verwachsung der kleinen — post partum, Knopf 693.
Lackkrankheit, über die, Toyama 712.
Laryngofissur, Röntgenbehandlung, Herxheimer 176.
Läuse als Krankheitserreger s. Mücken.
Leberatrophie, akute, gelbe, Herxheimer 331.
— — — s. Salvarsan.

Digitized by Google

Leishmania-Parasiten in einem subkutanen Gummi, Vigne u. Pringault 550.
Leishmaniosis des Gesichts, Gastou u. Tissot 548.
— der Haut, Semon 527.
— — — einem Lupus vulgaris ähnelnd, Christopherson 528.
— in den Vereinigten Staaten, Faber u. Schussler jr. 732.
Lentigo maligna, Kop 740.
Lepra, Grintschar 327.
— Knoten-, Unna jun. 285.
— Keratitis punctata bei, Levitt 660.
— tuberosa, Fuhs 119.
— auf den Hawaii-Inseln, Corlett 636.
— bei Portugiesen, Unna 345.
— cutanea u. nervosa, Nathan 176.
— nervosa, Bortnjajeff 328.
— Hautnervenläsionen bei, Bernucci 423.
— in Cagliari, serologische Untersuchungen bei, Cappelli 423.
— Infektionsmodus und Prophylaxe, Rogers 659.
— bei Ratten, Uchida 660.
— Behandlung mit Äthylester des Chaulmoograöls, Engel 660.
— — und Prognose, Harper 660.
— Erfahrungen mit Chaulmoograöl-Derivaten bei, Miller 660.
Lepra behandlung, Noel 238.
Lepra behandlungen, die neuen, Noel 490.
Lepra kranke 536.
Leucaemia cutis, Schultze 176.
— — Kerton u. Gay 639.
Leucoderma psoriaticum universale, Langer 439.
Leukoderma bei Pityriasis lichenoides chronica, Michelson 204.
— post-parapsoriatisches, Almquist 398.
Leukoderm n. Pityriasis rosea, Buschke 15.
Leukonychie, allgemeine, plötzlich aufgetretene, Ballet 549.
Leukoplakia buccalis, Hazen u. Eichenlaus 744.
Leukozytensturz nach Intrakutaninjektion und bei der Widalschen Hämoklasenkrise, Müller, E. F. 702.
— — unspezifischer Intrakutanimpfung, Müller, E. F. 703.
Lichen obtusus, Payenneville 42.
— nitidus, Beitrag zu, Zingale 400.
— planus, Seidl 116.
— — Brünauer 116.
— — Spitzer 118.
— — annulärer, mit Atrophie und Primäreffloreszenz, Pernet 527.
— — atrophicus, Kumer 119.
— — Fall von atrophischem bei einer 40jähr. Frau, Dore 527.
Lichen planus, Heilung bei Diphtherie, Payenneville u. Trotabas 63.
— — bei Ehegatten, Feldman 39.
— — und Syphilis, Dore 527.
— — Isaac 396.
— — fast universeller, Lilienstein 511.
— — annularis, Murero 423.
— — corneus der Mund- und Zungenschleimhaut, Nicolas u. Pillon 652.
*— — pemphigoides, Klinik und Histologie, Pokorny 386.
*— — — zur Klinik und Histologie des, Pokorny 414.
— — u. verrucosus, Bernstein, E. 175.
— — verrucosus zoniformis, Borelli 421.
— — sicher infektiösen Ursprungs, Audry 548.
— ruber corneus, Müller 175.
— scrofulosorum, Hügel 44.
— trichophyticus, Bobowitsch 327.
Lichen-planus-Ausschlag nach Salvarsan, McCafferty 636.
Lichenoide Dermatosen, über einige, Martinotti 421.
Licht, Einfluß auf den Blutdruck, Kimmerle 97.
— pathogene Wirkung des, Pulay 713.
Lichterythem und Pigment, Hausser u. Vahle 97.
Lichttherapie, Schanz 713.
Lippen, Deformitäten der — und ihre Korrektur, Cattani 720.
Lithotribolapaxie s. Harnblasensteine.
Livedo racemosa, Perutz 116.
Lokalanästhetika, Fromherz 51.
Ludwigsche Phlegmone, Behandlung der — — durch Exstirpation der Glandula submaxillaris, Rehn 653.
Lumbalflüssigkeit, Zählung der Zellelemente der, Jacobsthal 28.
Lumbalpunktion, meningitische Reizung nach, Saad 648.
Luminal, Exanthem, Weber 77.
Luminalexanthem, Herrmann 713.
Lupoid, miliäres, Pautrier u. Roederer 43.
Lupus, angiomatosus, Volk 118.
— der Schleimhaut, Herxheimer 176.
— — — Harmer 207.
— erythematodes, Ehrmann u. Falkenstein 635.
— — Lortat, L. 163.
— — Nobl 199.
— — Planner 119.
— — Rothmann 175.
— — Sklarz 15.
— — acutus d'emblée, van der Valk 645.
— — — disseminatus, haemorrhagicus, Scholtz 206.
— — Behandlung mit Diathermie, Harrison 535.

Digitized by Google

Lupus erythematodes, Epithelioma bei, Bogrow 736.
— — exanthematicus, akuter, Raynaud, Montpellier, Lacroix 444.
— — Karzinom auf, Strassberg 119.
— — Krysolgan bei, Martenstein 535.
— — — — Fried 118.
— — gleichzeitig mit Lichen planus, Pernet 528.
— — Therapie des, Eisdorfer 535.
— miliaris diss. mit positivem Tuberkelbazillenbefund, Tanimura 203.
— pernio, Delbanco 285.
— — Rieux u. Delater 443.
— — Nebenbefund am Knochensystem bei, Lippert 662.
*— vulgaris der Nasenschleimhaut, Behandlung, Eschweiler 38.
— — Folgezustände der Röntgenbehandlung, Rothmann 243.
— — Bogenlichtbehandlung, Sequeira 641.
— — Behandlung mit Chlornatrium bei, Martenstein 243.
— — mit Röntgenstrahlen behandelt, Menschikow 328.
— — Behandlung durch kombinierte infra-rote und ultra-violette Bestrahlungen, Benoit 443.
— — humane oder bovine Infektion? Kirchner 661.
— — und chirurgische Tuberkulose, Kohlenbogenlicht bei, Fried 662.
Lymphadenose, umschriebene, Arndt 218.
— aleukämische, Arndt 440.
Lymphangiom, zirkumskriptes, der Zunge, Petit 529.
Lymphangitiden, wandernde, rezidivierende, Michaelis 398.
Lymphdrüsengranulom, malignes, mykotischen Ursprungs in Südamerika, Haberfeld 651.
Lymphextravasate, Klinik und Therapie der subkutanen, traumatischen, Bonn 725.
Lymphodermie mit Gefäßneubildungen, Hudelo, Richon, Cailliau 547.
Lymphogranulom, Natur des benignen, Schaumann 398.
Lymphogranulomatose bes. der Gallengänge, Stahr u. Synwoldt 741.
— mit Durchbruch durch die Haut, Meyeringh 742.
Lymphom, gutartiges eitriges mit septischen Begleiterscheinungen, Ravaut, Boulin u. Rabeau 738.
Lymphodermie mit Gefäßneubildungen, Hudelo, Richow, Caillae 547.
Lymphomatose d. Haut, knötchenförmige, ohne Leukämie, Lortat u. Lefèvre 547.
*Maculae coeruleae, Entstehung, Oppenheim 170.
Magen-Darmstörungen siehe Hauterscheinungen.
Makrocheilie, Roedelius 183.
Malaria, Ausbreitung der tropischen und Beziehungen zum Salvarsan, Friedemann 681.
— u. Erythema nodosum ähnliche Hautaffektion, Günther 723.
— Tod nach Salvarsan, Sklarz 331.
— s. Salvarsan.
Mal perforant, doppelseitiges, Bruhns 15.
— — Ursache und Behandlung (Sympathektomie), Kappis 723.
Mamma s. Hautbeschaffenheit.
Mangan als chemotherapeutisches Mittel, Mc Donagh 641.
Masernexanthem, Histologie des, Abramow 657.
Masern, prophylaktische Behandlung mit Rekonvaleszentenserum, Nobécourt u. Paraf 657.
Masernprophylaxe, Schilling 658.
Masernstudien, Kawamura 658.
Mastdarmfisteln, Rickmann 374.
Mastitis s. Rivanol.
— Behandlung mit Vuzin, Streichele 141.
Mastixreaktion im Liquor cerebrospin., Sahlgren 268.
Maul- und Klauenseuche am Auge, Feilchenfeld, W. 184.
— — — Gins, H. A. u. Weber, R. 184.
Medikamente, über alte und neue, Michaelis 398.
Melanin und braunes Abnutzungspigment, Kutschera-Aichbergen 734.
Melanoblastom des Nagelbettes, Hertzler 637.
Melanodermie bei perniziöser Anämie, Mosse 736.
Melanodermitis toxica, Tyshnenko 736.
Melanokeratosis follicularis, Bogrow 328.
*Melanom, experimentelles der geteerten Maus, Lipschütz 749.
Melanosarkom des Gaumens, New und Hausel 652.
Melanosarkomatosis, farbstoffbildende Fermente bei, Csáki 734.
Meningoenzephalitis s. Keratitis.
Menstrualexantheme, Patzschke 345.
Metallsalzemulsionen, therapeutische Verwendung von, Saxl 707.
Mikroorganismen, Wachstumsvorgänge bei, Oelze 699.
Mikroskopie, Einführung in, Mayer 225.
Mikrosporie, Geleitwort zum Film, Arzt 747.

Digitized by Google

Mikrosporie, Klinik und Therapie, Arzt u. Fuhs 645.
— starker Haarwuchs nach Röntgenepilation wegen, Arning 511.
Milchdrüsen, akzessorische, Guttmann 27.
— u. Haare, phylogenetische Entstehung der, Plate 698.
*Miliaria crystallina, zur Pathogenese der, Kreibich 497.
Milzbrand, Behandlung d. Blutvergiftung bei, Baumann 532.
— in amerikanischen Gerbereien, 531.
— Wirksamkeit des Rinderserums bei, Zehetmayer 731.
— Züchtung des Erregers von einem Rasierpinsel, Kingsbury 731.
Milzbrandkarbunkel, Behandlung des, Cheinisse 531.
Mirion bei Lupus erythematodes, Maderna 739.
Mischspritze, entsteht bei ihr kolloidales Hg? Forster 272.
Mitigal zur Herstellung fein verteilter Schwefelsalbe, Schreus 139.
— Verwendung des, Levy-Lenz 708.
Molluscum contagiosum giganteum, Quattrini 399.
— — Clarke 513, 527.
— — Untersuchungen über, Gargano 400.
Mongolenfleck, Zarfl 27.
— Kren 118.
— bei Europäern, Bahrawy 289.
Moor, Franzensbader, Stoklasa 98.
Mücken, Flöhe, Läuse, Fliegen als Krankheitserreger, Martini 656.
Mumps s. Orchitis.
Munddesinfektion, über die, Leo 743.
Mundhöhlenwunden, Neosalvarsan-Behandlung, Ritter, Adolf 184.
Mundschleimhaut, Quellbarkeit normaler und entzündeter, Hauberisser 652.
Mycosis fungoides, Born 176.
— — Hahn 285.
— — Patzschke 345.
— — Pospelow 327.
— — Histopathologie, Spremolla 349.
Myiasis muscosa auf Favus, Stancanelli 186.
Mykose der Haut und Nägel s. Trichophyton violaceum, Tschernogubow 328.
Mykosen, die, Sée 655.
Myeloisches System, Hauterscheinungen bei Erkrankungen des, Zurhelle 139.
— — s. Hauterscheinungen.
Myxödem, Genese des angeborenen und infantilen, erworbenen, Siegert 532.
Myzeten, die pathogenen des Menschen und der Tiere, Pollacci 649.
Nackengeschwülste, angeborene, Noël 63.
Naevus s. Alopecia areata.
— anaemicus striatus, Krüger 197.
— eruptivus mikroangiomatosus tardivus systematisatus, Tommasi 421.
— haematolymphangiomatosus, Arning 286.
— linearis atrophicus, Leven 96.
— — verrucosus, Lévy-Bing und Belgodère 441.
— pigmentosus pilosus, Murero 421.
— sebaceus, Saalfeld 15.
Nävus, Tierfell-Nävus, Helbe 535.
— und Vitiligo, Verteilung, den Nervenwurzeln entsprechend, Klippel und Weil 534.
Nävusfrage, Fischer 94.
Nagelatrophie, Little 529.
Nagelfalzerkrankung durch Bac. fusiformis, Tièche 746.
Nagelgeschwulst, ungewöhnliche, Sutton 205.
Nagelmykose, neue Form, Jessner 287.
*Nagelmykosen, Eigentümlichkeiten bei, Wirz 380.
Nageltrichophytie, Semon 469.
— bei Schwestern, Semon 527.
Nahrungsmittelanaphylaxie bei kutaner u. intrakutaner Methode, Einfluß von Arsen auf die anaphylaktischen Nahrungsmittelreaktionen, Strickler 448.
Naphthalan, Sauerbrey 76.
Narben, Jodkali-Ionisation gegen, Bourguignon 45.
Narbenerweichung s. Pepsin.
Narben, eigentümliche, bei Pyozyaneusinfektion, Arning 286.
— nach Verbrennung, Fuhs 200.
Narbenerweichung durch Pepsin und Trypsin, Payr 163.
Narbenbildung, Beeinflussung dch. Lichtfilter, v. Ries 163.
Nase, Diagnose der Lues der, Fuhs 97.
— Lues gummosa, Perutz 116.
Nasenflügel, seltene Mißbildung der, v. Liebermann 737.
Nasenkrebs s. Karzinom.
Nasenspitzen, Korrektur breiter, Eitner 225.
Natr. silicicum bei Pruritus senilis, Freund 420.
Nebennierenextrakte in der Dermatologie, Mayr 138.
Neger, Eigentümlichkeiten, Wolff 67.
Nekrolagnie als Erscheinungsform eines Geisteszustandes, Kiernan 525.
Nephrektomie, klinische Bedeutung, Cohn 120.
— transperitoneale, Pamperl 220.
— Quénu 178.

Digitized by Google

Nephritis, pyogene, Hawkins 240.
Nephrolithotomie und Pyelolithotomie, Pousson 469.
Nephroptose, Klinik und Behandlung, Fedoroff 642.
Nephrotomie, Nachblutungen, Rehn und Röttger 22.
— Ursache und Verhütung der Nachblutungen nach, Rehn u. Röttger 22.
Nephrotomiewunde, freie Muskeltransplantation in die, Ciminata 122.
Nervensystem, autonomes, s. Haut.
Neurasthenie und Syphilis, Benon 239.
Neurofibromatosis, Madlener 163.
Neurorezidiv nach kombiniert behandelter seronegat. Primärlues, Krömeke 272.
Niere, Abszeß und Papillom, Bryant 67.
— akzessorische, Müller 120.
— Aneurysmen, Janssen 18.
— Anurie bei angeborener Einzel-, Heymann 121.
— chirurgische Erkrankungen im Röntgenbild, Joseph 20.
— dystropische, Abszeß, Oehlecker 16.
— wechselseitige reflektorische Beeinflussung, Lanzilotta 70.
— Geschwülste, Scheele 21.
— Kitt-, Oehlecker 16.
— Massenblutungen, Rubritius 21.
— Tuberkulose, Harnbefund, Steinthal 19.
— — Nephrektomie, Nieden 20.
— Zysten-, einseitige, Wulff 18.
Nieren, einseitig verschmolzene, Hyman 120.
— kongenitale Verlagerung, Mori 203.
Nierenbecken, Diagnostik kleiner Konkremente, Blum 23.
— latente Erweiterungen, Orth 19.
— Hydronephrose des dreiästigen, Gaza 21.
— doppelseitiger Soor bei Diabetes, Tannenberg 643.
— Zottengeschwülste, Brütt 22.
Nierenbeckenentzündung, Arzneimittelbehandlung bei, Helmholz 692.
Nierenchirurgie, Fortschritte und Ausblicke der in den letzten 10 Jahren, Lichtenberg 123.
Niereneiterungen, Scheele 220.
Nierenerkrankung, kongenitaler Faktor b. chronischer, Weiss 691.
Nierenerkrankungen, Verhältnis des anatomischen zum pyelographischen Befunde bei dem chirurgischen, Grauhan 21.
— nach Angina, Kayser-Petersen und Schwab 372.
— anatomische und pyelographische Befunde, Grauhan 21.
Nierenhüllen, Klinik chronisch entzündlicher Erkrankungen der, Necker 122.
Niereninfektion, einseitige, hämatogene, Lieben 122.
Nierenkelche, nervöse Versorgung der, Haebler 123.
— melkende, Westenhöfer 642.
Nierenoperation, trans- und extraperitoneale, Oehlecker 16.
Nierenschwund, Entstehung des hydronephrotischen, Kornitzer 120.
Nierenspülung, Technik, Schramm 22.
Nierensteine, Radiographie, Kümmell jr. 17.
— Symptome und Diagnose, Eliot 691.
— s. Nephrolithotomie.
Nierentumor durch Ureterenabschnürung, Dax 373.
Nierentumoren, feste u. ihre chirurgische Behandlung, Fedoroff 123.
— Diagnostik der malignen, Liebmann 123.
Nierentuberkulose mit Lungenfistel, 69.
Nierenveränderung bei Bleivergiftung und Gicht, Broysitter u. Wodarz 372.
Nierenzyste, traumatische, Baumann 372.
Nomainfektion, zur Kenntnis der, v. Balogh 731.
*Normosallösung, Überlegenheit der — über physiologische Kochsalzlösung, Lauerbach 498.
Novasurol-Todesfall, Marlinger 272.
Novasurol, toxische Nebenwirkungen, Rosenthal 272.
Novokain und Suprarenin, Studien über, Liesegang 710.
Novokainekzem s. Formalinekzem.

Oedema acutum und Erythema multiforme bei Ernährung mit Brotsurrogaten, Spasski 732.
Oedema cutis proprium, zur Lehre vom Ödem, Mendel 99.
Ödembereitschaft s. Blasenmethode.
Ödempathogenese, Hülse 722.
Ohrdefekte, operativer Ersatz durch „Epitheleinlage", Esser u. Aufricht 472.
Ohren, Anlegen u. Verkleinern abstehender, Eitner 720.
Oidiomykosis, Arning 511.
Ölige Substanzen, intravenöse Anwendung, Lenzmann 706.
Öltherapie, intravenöse, Lenzmann 426.
Öluntersuchungen, gewerbehygienische, Heestermann 77.
Onychauxis und Schilddrüsenbehandlung, Alderson 41.
Onycholysis, Oppenheim 198.
— Hammacher 176.
Orchitis, Salvaneschische prophylaktische Methode für — bei Mumps, Carrien 690.

Digitized by Google

Orgasmus ohne Ejakulation, Marcuse 694.
Orientbeule, Infektiosität, Bogrow 141.
*— Behandlung der — mit Diathermie, Behdjet 433.
— zwei Fälle von, Fox 532.
Osmidrosis axillaris, Röntgenbehandlung der, Nishimura 717.
Ostitis fibrosa, Beziehung zur Lues, Reichenbächer 139.
Oxyuren, Behandlung, Franke 374.
— — Schmidt 375.
— Hauterkrankung n. Kur gegen, Japha 77.
Oxyurisinfektion s. Trichozephalus.
Ozäna, Behandlung mit Paraffininjektionen, Baumgärtner, Ch. 184.
— Ätiologie der, Shiga 654.
— — — Busson 744.

Pagets Disease, Arzt 119.
Papillom der Mundschleimhaut, Raynaud, Monpellier u. Lacroix 46.
Papillomatosis einer Abszeßhöhle, Krainz 737.
— cutis s. Akanthome.
— des Ureters, Marion, G. 179.
Parästhesien s. Haut.
Paraffinkrebs und seine experimentelle Erzeugung, Leitch 553.
Paraffinöltumoren, Erzeugung von, Weidmann u. Jefferies 639.
Parakeratosis variegata bei einem 60jähr. Manne, Dore 527.
Parapsoriasis, Unna 345.
— Fall von, Little 527.
— en gouttes, Rabut u. Cailliau 441.
— — — mit Leukodermie, Lortat u. Ernet 547.
— — plaques, Arndt 218.
— guttata mit Leucoderma, Nathan 176.
Parenterale Behandlung, Stintzing 73.
Paronychia syphilitica, Bogdanow 325.
St.-Pauls-Bucht, die Krankheit der, Riddell 644.
Peliosis rheumatica, Pautenberg 721.
Pellagra, Aminosäuremangel als ätiologischer Faktor, Goldberger u. Tanner 733.
— Beziehung zwischen Diät und, Goldberger 142.
— Fall von, Stannus 528.
— Studien über, Lustig 733.
*Pemphigus, Behandlung, Iser 8.
— foliaceus u. vulgaris, Arzt 201.
— mit Hyperkeratosen, Kren 117.
— Residuen nach geheiltem, Majocchi 421.
— vulgaris, neue Befunde, Gawalowski 206.
— — Fall, Cesari 423.
Pemphigusepidemie, Schultheiss 729.
Penis s. Spontangangrän.
Penitis, Thévenot u. Rougemont 179.
Pepsinbehandlung, Leukoplakie, Trautmann 183.
Pepsin-Jodlösung (Payr) zur Narbenerweichung, Falb 738.
Pepsin, erhitztes, Salkowski 74.
— salzsaures, ein Antiseptikum, Schönbauer 75.
Perniones und chronische Erfrierungen, Behandlung der — mit Schilddrüsenpräparaten, Embden 102.
— Röntgenbehandlung der, Rothbart 102.
— — — Lenk 102.
Phagozytose s. Eiterzellen.
Phenylchinolin-Karbonsäure, Mendel 76.
Phenolphthalein, Schädigungen durch, Schelentz 712.
Phenolsulfophthalein, Ausscheidung des — bei kochsalzhaltiger und -armer Diät, Negro u. Colombet 644.
Phenolsulfophthaleinprobe, Tardo 69.
Phlebitis tuberculosa, nodosa, Dohi u. Hashimoto 202.
Phlegmone, holzartige der Achselhöhle, Milian u. Lelong 441.
Phlegmonen, Injektions-, Budai 450.
Pili anulati, Delbanco 285.
Pityriasis lichenoides chron., Leukoderma, Michelson 204.
— rosea bei Syphilitikern und Herxheimersche Reaktion, Feit 140.
Piedra nostras, Rezidive von, Freund 420.
Pigmentfrage, Bloch-Meirowski 175.
— heutiger Stand der, Herold 734.
Pigmentlehre s. Mongolenfleck.
Pigmentmal, Präparat von einem exzidierten, frühzeitige Malignität zeigenden, Little 529.
Pigmentnävus, epitheliale Genese des, Steden 735.
Pigmenttumor zur Diagnose, Simon 529.
Pilzerkrankung der Füße, Behandlung der, Hutchins 637.
Pilzerkrankungen auf dem behaarten Kopfe von 1919—1922 in Bordeaux, Petges u. Joulia 640.
Pilzinfektionen, chemotherapeutische Arbeiten über, Schamberg u. Kolmer 637.
Pink disease s. Rosafarbene Krankheit,
Pityriasis lichenoides mit Blasen und Leukoderma, Krüger 116.
— — chronica, Dobrow 326.
— — — Bruck 511.
— rosea, Leukoderm nach, Buschke 15.
— — Highman u. Rulison 639.
— — verschiedene klinische Typen, Martinotti 421.

Digitized by Google

Pityriasis rosea, seborrhoische Form mit vasomotorischen Störungen, Gastou u. Pontoizeau 444.
— rubra, Patzschke 345.
— — pilaris, Jordan 326.
— — — der Schleimhaut, Jordan 328.
— — — mit adiposogenitaler Dystrophie, Bechet 533.
— — — familiärer Typus, Zeisler 639.
— versicolor des Gesichts, Sidlick u. Corson 41.
Plasmazellen s. Euter.
Plaut-Vincentsche Angina und Geschwüre am Gliede, Pinard, Rabut u. Girand 548.
— — Fraenkel 744.
*— Flora interdigitaler Kondylomatose, Beutl 282.
Pluriglanduläre Dysfunktion mit einem neuen Symptom der Haut, Gawalowski 398.
Pocken s. Kuhpocken.
— in Bagdad, Sinderson, H. C. 187.
— Repetitorium, Gins 47.
— Salol bei, Birchett u. Lustberg 66.
Polyarthritis gonorrhoica, Behandlung mit Meningokokkenserum, Froemsdorf 353.
Pompholyx, Impfung u. Komplementbindung bei, Greenbaum 637.
*Ponndorf-Impfreaktion, Anatomie, Koopmann 557.
Ponndorf-Impfungen bei verschiedenen Hautleiden, Görl u. Voigt 708.
Porokeratosis Mibelli, Mibelli 421.
*Präputialsteine, Fall, Oelze 1.
Praeputii, Pseudofrenulum, Porosz 644, 688.
Preglsche Lösung, Dittrich u. Herrmann 75.
Primäraffekt s. Syphilis.
Prokaindermatitis unter Zahnärzten, kill 636.
Prolapse, Ballbehandlung, Sannen 374.
Prostataabszeß bei Pneumonie, Chiandino 369.
Prostataabszesse und -steine, perineale Operation, Felber 122.
Prostatahypertrophie, Honegger 220.
— Adenom der akzessorischen Drüsen bei, Borza 691.
— mit Singultus bei Harnretention, Schoen 370.
— Behandlung, Porosz 691.
Prostata, Karzinom, Radiumbehandlung, Perrier u. Andreae 68.
— Sarkom der, Bettoni 643.
Prostatektomie, suprapubische Wunde, Bonneau 179.
— — Roedelius 21.
— Nachbehandlung, Kleiber 19.
Prostatektomie, Technik, Wulff 18.
— primärer völliger Blasenschluß nach, Bonhoff 19.
— Gulecke 20.
— mit Blasendauerspülung, Suter 220.
— Läwen 370.
— Mertens 370.
— suprapubische oder perineale? Hübner 691.
— s. Blasensteine.
Prostatismus, Pseudosymptome, MacGowan 240.
Prostatitis, chronische, nach Epizystotomie, Alapy 691.
— gonorrhoische, Behandlung mit Arthigon und Terpentin, Arnold 353.
— mit Störungen der Darmmotilität, Schwarz 369.
Prostitution, persönliche Prophylaxe zur Sanierung der, Schereschewsky u. Worms 25.
— Bekämpfung der, Rost 26.
Protargolwundsalbe, Kunowski 76.
Proteine s. Toxine, nicht bakterielle 223.
Proteinkörper, parenteral einverleibte, und Nichteiweißkörper, Wirkung auf den Eiweißabbau der Leber, Löhr 707.
Proteinkörpertherapie, Anaphylaxie bei, Büttner 52.
— Matthes 447.
— Weichardt 73.
— in der Dermatologie und Venerologie, Buschke u. Langer 447.
— und Vakzinebehandlung, Busson 72.
— s. Anaphylaxie.
Proteinkörperwirkung, Schittenhelm 447.
Proteintherapie, Ahlswede 40.
Protoplasmainaktivierung, unspezifische, bes. Kalziumtherapie, Burmeister 707.
Pruritus und pruriginöse Dermatosen, psychogene Komponente, Sack 101.
— vulvae, Therapie von — mit bes. Berücksichtigung von Soor u. Trichomonas, Littauer 724.
Pseudoleukaemia cutis, Bobowitsch 327.
Pseudoleukämie, Steyrer 368.
— der Haut, Lehner 651.
Pseudoxanthoma elasticum, Arning 286.
— — Kaufmann-Wolf u. Heinrichsdorff 330.
Psoriasis arthropathica, Fuhs 200.
— Behandlung mit Natr. salicyl. i. v., Rosenthal 396.
— d. Mundschleimhaut, Hahn 285.
— Erythrodermie, Milian u. Lelong 45.
— generalisierte, nach Ameisensäureinjektion, Malten 728.
— mit keratomähnl. Veränderungen, Krüger 197.

Digitized by Google

Psoriasis, Salizylnatrium bei, Lutembacher 63.
— und Krätze, Laurent 549.
— universelle, Oppenheim 118.
— Wesen der, Samberger 397.
— zur Frage der Behandlung, Ahlswede u. Busch 525.
— vulgaris der Mundschleimhaut, Smelow 328.
— — mit Ichthyosis nitida, Dobrow 326.
— — Behandlung der — mit Thymusextrakt, Gross 516.
— — — mit Mangan, Moore 516.
— — — — Natr. salicyl. i. v., Bravo 224.
— — Pathogenese der, Verroti 423.
— — Thymusbestrahlung, Matsumoto 204.
Purpurabehandlung mit Menschenblutinjektionen, Dixon 721.
Purpura annularis teleangiectodes, Majocchi 421.
— haemorrhagica s. Genitalblutung.
— mit Blasen u. ekthymaförmigen Ulzerationen, Milian u. Rivallier 547.
*— symptomatische, Pucholt 189.
— toxische und hämoklastische, Drouet 721.
— vesicae haemorrhagica, Faragó 689.
— — Szabó 689.
Pyelitis, Behandlung der — mit endovenösen Inj. von Urotropin u. Neosalvarsan, Jura 692.
Pyelographie, üble Zwischenfälle, Brütt 21.
— Gefahren, Lehmann 22.
— Pflaumer 373.
Pyelonephritis, inoperable, Steinberg 67.
— Behandlung mit Silbersalzen, Kummer 179.
Pyelonephrolithotomie, Casper 642.
Pyelonschädlichkeit, zur Frage der, Narath 123.
Pyelotomie, erweiterte, Marion 68.
Pyodermitis, Tuberkulose oder Trichophytie, Oppenheim 198.
Pyogene Blutinfektion, Buzello 730.
Pyonephrosis pseudogonorrhoica, Boross u. Mátéfy 684.
Pyozyaneus, Infektion mit Bacillus — unter dem Bilde einer Lepra, Mallannah 726.
Pyozyaneusinfektion s. Narben.
— pockenähnliche, pemphigoide, bei einem Säugling, Zurhelle 138.
Pyozyaneus-Urethritis, Grünberg, A. u. Uzan, M. 180.
Pyurie, Nachweis der — nach Donné, Fürbringer 692.
Quarzlampe für otorhinologische Zwecke, Cemach 718.
— Einfluß auf Wachstum der Ratten, deren Nahrung Vitamin fehlt, Goldblatt 719.
— — — — vitaminfrei ernährter Ratten, Hume 719.
Quarzlichtbehandlung v. Hautkrankheiten, Oliver 471.
Quecksilber s. Abszeß.
— als Ursache von Angina, Almquist 397.
*Quellungs- u. Entquellungserscheinungen der Haut, Pulay 333.
Quinckesche Krankheit, Horiuchi 203.

Radium u. Mesothorium in d. Therapie, Martenstein 98.
Radiumapplikation mittels Zystoskopes, Buerger 470.
Radiumstrahlen, Wirkung der — auf Tumorgewebe, Nagakawa 719.
Radiumtherapie, Simpson 649.
— geeignete Affektionen für, Weill 719.
— über, Kerl 719.
Raynaudsche Krankheit s. Sklerodermie.
Raynaudscher Symptomenkomplex bei Sklerodermie, Randak 200.
Recklinghausensche Krankheit, Roederer 43.
— — Behdjet 64.
— — Brinitzer 285.
— — Hudelo, Cailliau u. Oury 45.
— — Simon 43.
Recklinghausen, Morbus, Bruck 511.
— Morbus oder umschriebene Atrophien, 511.
Reduzierende Substanzen, biologische Einstellung der, Richter 653.
Reize, gewebsspezifische, Staemmler 50.
Reiztheorie, Entwicklungslehre u. Konstitutionsproblem, Borchardt 406.
Reiztherapie, unspezifische, Struck 72.
— — Freund u. Gottlieb 52.
— und Tuberkulose, v. Ohlen 227.
— mit besonderer Berücksichtigung der Dosierung, Glaser u. Buschmann 448.
— Betrachtungen zur unspezifischen und spezifischen, Vermehren 448.
Rektum, anormale Einmündung in die Blase, Cristol 69.
Rekurrens, histologischer Nachweis von Spirochäten im Gehirnparenchym bei experimenteller, Buschke u. Kroó 669.
— Immunität und Beeinflussung durch Salvarsan, Buschke u. Kroó 405.
— experimentelle, Buschke und Kroó 218.

Digitized by Google

Rekurrensfieber mit Roseola, Öttinger u. Halbreich 207.
Resorzin in der Dermatotherapie, Ehrmann 709.
Rezepttaschenbuch für Klinik u. Praxis, v. Ziemssen 529.
— sparsamer Arzneiverordnungen, Müller, Franz u. Koffka 552.
Rhagaden an den Brustwarzen stillender Mütter, Verhütung und Behandlung von, Moll 725.
Rhinophym, Delbanco 285.
Rhinosklerom, Goodman 531.
Riesenwuchs, Knochenveränderungen bei partiellem, Holthusen u. Koppel 734.
Rindermadenkrankheit s. Hypodermiasis.
Ringelhaar, Cady u. Trotter 204.
Rivanol, Erfahrungen mit, Ritter 709.
Rivanolbehandlung b. Mastitis, Baecker 141.
Röntgenapparate mit hoher Spannung, Moore 206.
Röntgenbehandlung b. Hautleiden, Highman u. Rulison 205.
— in der Dermatologie, Schreus 649.
Röntgenbestrahlung, Veränderungen der Erythrozyten, Ulrich 79.
— Blut gering durch, Levy-Dorn und Schulhoff 715.
— Blutveränderungen durch, Holthusen 715.
— d. chirurgischen Erkrankungen, Jüngling 716.
— Spätreaktion, Meyer 80.
— der Thymus b. Psoriasis, Schneider 124.
Röntgendermatitis, Mikrobeninfektion, Brocq 42.
Röntgenhypersensibilität der Haut, bes. bei innersekretorischen Störungen, Haas 451.
Röntgenkastration beim Manne, Schinz 452.
— — — Markovits 716.
Röntgenkater, über den, Schlaginweit u. Siehmann 471.
— und Kachexie, Hirsch 717.
— Problem des, Hirsch 718.
— u. seine therapeutische Beeinflussung, Simons 717.
Röntgenkrebs, durch Diathermie geheilt, Bordier 717.
— Rowntree 555.
Röntgenkunde, Lehrbuch der, Rieder u. Rosenthal 23.
Röntgenreizdosis und Haarkrankheiten, Thedering 746.
Röntgenröhre, neue, Heilbron 79.
Röntgenröhren, Gefährdung der Haut b. Weichwerden gashaltiger, Leschinski 718.
Röntgenschädigungen, zivil- u. strafrechtliche Folgen, Flaskamp 471.
— häufigste Ursachen und Vermeidung der, Holzknecht 717.
Röntgensarkom, Beck 80.
Röntgenspektrometer, Verwendbarkeit des — von March, Staunig und Fritz, Staunig 452.
Röntgenstrahlen, Wirkung auf Bakterien, Halberstädter u. Meyer 79.
— biologische Wirkungen, Berg und Ellinger 714.
— biologische Wirkung von — verschiedener Wellenlänge, Martius 715.
— Ergebnisse der Dauerentfernung von Haaren durch, Meyer, F. M. 746.
— Epithelisierungsversuch mit, Haberland 716.
— Dosimetrie, Schreus 23.
— Erregung u. Lähmung tierischer Zellen, Hoffmann 79.
— Gewöhnungserscheinungen an — bei Bac. prodigiosus, Meyer, P. S. 716.
Röntgenstrahlen und vitale Färbbarkeit, Halberstädter u. Wolfsberg 79.
— Wert der — bei Hautkrankheiten, Leof 451.
— bei Hautkrankheiten, Reed 451.
— homogene, bei Hypertrichosis, Geyser 241.
— bei Hypertrichosis d. Gesichts, Semon 654.
— Idrabaryum, ein neues Kontrastmittel, Fedder 718.
— Wirkung von — auf subakute Entzündungen, Kemp 714.
— Wirkung der — auf das Wachstum d. Pflanzen, Sierp u. Robbers 714.
— Physik der — u. Apparate z. Tiefentherapie, Grossmann 718.
— Wirkung auf Stoffwechsel s. Stoffwechseluntersuchungen.
— Theorie der zellfunktionserhöhenden, Fraenkel 450.
— Erregung und Lähmung tierischer Zellen durch, Hoffmann 715.
Röntgen- und Radiumstrahlen, Problem der Dosierung von, Opitz 718.
Röntgenstrahlenbehandlung oberflächlicher Neubildungen bösartiger Natur, Soiland-Los 555.
Röntgenstrahlendosis, tödliche, für Krebszellen, Wood u. Prime 716.
Röntgenstrahlenmeßgerät, neues, Jaeger 718.
Röntgenstrahlenwirkungen, biologische. I. Steigerung und Abgrenzung der Wirkung, Ellinger u. Gans 714.
Röntgenstrahlung von der Rückseite der Antikathode, Halberstädter 80.
— Geschlechtsbeeinflussung, Weloch 79.

Digitized by Google

Röntgentherapeutisches Hilfsbuch, Lenk 649.
— Instrumentarium, Martius 47.
Röntgentherapie, Dosierungstabelle, Holzknecht 755.
— Rieder u. Rosenthal 23.
— der Oberflächenkarzinome, Baensch 716.
— Quellen der Strahlungsenergie, Proust 98.
— Angaben über Tiefentherapie, Anderson 451.
— Ziele und Grenzen, Bucki 451.
Röntgentiefendosierung, Praxis der, Nagelschmidt 452, 718.
Röntgentiefentherapie vom physikalischen Standpunkt, Dessauer 79.
— und Hautkapillaren, Welsch 78.
Röntgenulzeration, Kumer 199.
Röntgenverbrennung, Ursachen und Verhütung, Rothbart 471.
— Strassberg.
Röntgenzimmer, neue Beleuchtung für, Haeger 78.
„Rosafarbene" Krankheit, Semiologie der, Zahorsky 728.
— — Parsons 729.
Rosazea, Behandlung der, Seiler 727.
— mit Augenaffektionen, Low 222.
Rosazeaerkrankungen d. Auges, Triebenstein 727.
Roseola paratyphosa, Erwiderung, Fraenkel, E. 188.
— typhosa, Nobel, E. 188.
Rußkrebs, experimenteller, Passeu 554.

Saccharomyces granulatus-Mykosen, Behandlung der — mit Methylenblau, 656.
Samen, menschlicher in der gerichtlichen Medizin, Strassmann 470.
Samenblasenentzündung, nicht tuberkulöse, Legueu 372.
Samenleiter, Resektion, Retterer, Ed. u. Voronoff 178.
Sarkoid, Delbanco 285.
— Boecksches, Fischer 439.
— — s. Boecksche Erkrankung.
Sarkom, Hämangio-, Greenwood und Lawless 65.
— primäres, der Oberlippe, Sweitzer u. Michelson 556.
Sarkoma idiopathicum multiplex, Braun u. Seuffer 288.
— — — Krupnikow 741.
— — über, Cappelli 422.
Sarkombehandlung, Küttner 182.
Sarkome der Haut, Tomaselli 183.
— — — generalisierte, Crosti 400.
— — — multiple, Heller 237.
Sattelnase, Plastik der, Burrows 471.
Säugender Mütter, Behandlung d. Brüste, Bbdö 515.
Säugetierhaare und Tastflecke, Maurer 697.
Säugling, Ernährung u. Dermatosen des, Leiner 727.
Säuglings- u. Kleinkinderpflege in Frage und Antwort, Krasemann 529.
Säuren als Ätzmittel, Mayer 73.
Schälblasen, Beziehung der — zur Impetigo contagiosa und zur Dermatitis exfoliativa, Weber 102.
Schanker, weicher, Behandlung, Grubeau 161.
— — — mit Serum und Vakzine, Cheinisse 349.
— — — mit 914, Marchand 349.
— durch Pilze verursacht, einen syphilitischen vortäuschend, Mouradian 491.
Schankröse Fisteln, Goubeau 647.
Schankröser, akuter Bubo, Spätbubonen, Gougerot u. Blum 648.
Scharbock-Skorbut, Deutung des Wortes, Müller, R. 723.
Scharlach, Auslöschphänomen, Blum, J. 187.
— — Haselhorst, G. 187.
— — Steinkopf 187.
— Herzstörungen, Hirsch 186.
— Schutzimpfung gegen, Strössner 657.
Scharlachdiagnose, Mixsell 186.
Scharlachnephritis, Prophylaxe der, Gross 657.
Scharlachproblem, Degkwitz, R. 186.
Scheidenspülungen, Zill 374.
Schimmel s. Hautausschlag.
Schleimhautbeutel, künstliche und erworbene, Martin 407.
Schönheitsfehler und ihre Behandlung, Jessner 493.
Schwangerschaftsdiagnose durch Glykosurie, Seitz u. Hess 372.
Schwefel in der dermatologischen Therapie, Sabouraud 708.
Schwefels, Wirkung parenteral verabfolgten, Meyer 708.
Schwefelöl bei Gelenkerkrankungen, Weskott 76.
Schwefelwirkung, zur Frage der, Markwalder 446.
Schweflige Säure in der Humanmedizin, Samuel 708.
Schweinerotlauf, Behandlung des — beim Menschen, Gestewitz 531.
— beim Menschen, Singer 140.
— Diagnose des, Rahm 730.
Schweißdrüsenabszesse der Achselhöhle, Kort 531.
Schweiße der Phthisiker, Behandlung der, Katz 710.

Digitized by Google

Schweißlosigkeit, Beobachtungen bei, Siebert 705.
Schwellenreizvakzinetherapie d. Staphylokokkenerkrankungen, Keining 102.
Schwellkörper, hartnäckige Eiterungen, Penitis, Thévenot u. Rougemont 179.
Schwielenbildung, Oppenheim 198.
— über Interphalangealgelenke, Spitzer 199.
Seifen, Reizwirkungen von Waschseifen u. deren Beseitigung, Siebert 708.
Selbstgeringschätzung als sexueller psychischer Zustand, Porosz 694.
Selbstmord und Sexualität, Marcuse 694.
Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen im Blut luetischer Säuglinge, Bätzold 269.
Septikotoxikodermie, Tanimura 287.
Serodiagnose und Blutchemismus, Lange 268.
Serologie und Farbenkolloide, Hecht 268.
*Septikopyämie, vom Penis ausgehend, Friesleben 192.
Serumkrankheit, Verhütung der, Kraus 703.
Sexuelle Funktionsstörungen, Therapie, Kronfeld 375.
Sexueller Instinkt u. Grotomanie, Laignel-Lavastine 25.
— psychischer Zustand der Selbstgeringschätzung, Porosz 694.
Silberhautreis, über die Prüfung von, Pool 732.
Sklerodermie, Brinitzer 285.
— Delbanco 285.
— Jodkali-Ionisation, Jeanselme, Bourguignon u. Lucas 45.
— nach Nervenverletzung, Kingery 40.
— mit Gesichtsschwund, Osborne 66.
— en plaques, Lortat-Jacob, Legrain u. Baudouin 45.
— — — Jeanselme, Burnier und Rejsek 444.
— — — — mit Dystrophie und Atrophie, Jeanselme, Burnier, Rejsek 550.
— Fall von, Davis 528.
— — — Hannay 529.
— Kombination mit Addisonscher Erkrankung; mit Raynaudscher Krankheit und Tendovaginitis crepitans, Scholz 533.
— mit Raynaudschen Symptomen, Randak 200.
— kartenblattförmige, Delbanco 510.
Sklerom der Erwachsenen und Syphilis, Audry u. Chatellier 640.
Skorbut s. Scharbock.
Skrofuloderma, Selbstheilung und tuberkulöse Immunstoffe, Jesionek 242.
Sodóku, Kasuistik des, Ruggiero 141.
Solarson und Optarson in der Chirurgie, Friedländer 711.
Sonnenbrand bei Hungernden, Wartbaronow 732.
Sonnentherapie, Mehl 47.
Soor des Mundes mit retrobulbärem Abszeß und Myelitis femoris, Satler 653.
Soorerkrankung s. Nierenbecken.
*Soormykose der Haut, Lang 429.
Sozialhygiene, sexuelle, Bender 25.
Speicheldrüsen und Karzinom, Dudgeon u. Mitschiner 652.
Spirillose, Wirkung der Oxyaminophenylarsensäure bei Hühnerspirillose und experimenteller Kaninchensyphilis, Levaditi u. Navarro-Martin 677.
Spirochaeta rheumatismi, Rasck 27.
— recurrentis, Entwicklung der — im Menschen, Marzinowski 659.
— in spitzen Kondylomen, Lombardo 423.
Spirochätendarstellung im Gefrierschnitt, Steiner 27.
Spirochätenerkrankung der Tonsillen im Verlaufe von Angina, Rodriguez 743.
Spirochätenkrankheiten, tropische und Immunitätserscheinungen, Hoffmann 404.
Spontangangrän von Skrotum und Penis, Salinger 688.
Sporenfärbungsmethode, einfache, Fraenkel 698.
Sporotrichose, Crutchfield 640.
— Gregor 655.
— der Ratten, Jessner 655.
Spülapparat der Blase, Oppenheim 201.
Staphylokokken, serologische Einteilung der, Hine 700.
Staphylokokkenausscheidung durch die Harnwege, geheilt durch Tonsillektomie, Picker 526.
Staphylokokkenmischinfektion bei Impetigo streptogenes, Pitsch 290.
Staphylo-Yatren, Ruete 710.
Staphylomykosen, Behandlung der mit Pferdeserum, Rieder 531.
Starkstromverbrennung, Krüger 198.
Staubinde, neue, Leege u. Schmidt 712.
Steinachsche Operation, Benjamin 371.
— Operationen, Schreiber 691.
Steinach-Präparat „Rejuven", Pariser 691.
Steine im unteren Teile des Ureters, Diagnostik und Therapie, Zondek 18.
Steinniere, beiderseitige und Spondylarthritis ankylopoetica, Israel 123.
Steinoperation im Harntrakt, Satani 202.
Sterile Ehen, Zunahme, Mayer 375.

Digitized by Google

Sterilisation von Injektionsnadeln, Pharm. Zentralh.
Sterilität und Spermaimmunität, Vogt 375.
— Behandlung dch. Röntgenbestrahlung, Linzenmeier 451.
Stoffwechsel und Haut, Pulay 650.
*— intermediärer und Hautkrankheiten. III. Harnsäure, Pulay 577.
— über Beeinflussung durch Strahlung, Pincussen, Anagnostu und Zangrides 713.
Stoffwechseluntersuchungen bei Röntgenbestrahlten, Kleewitz 714.
Stomatitis impetiginosa und Glossitis exfoliativa marginata, Bonnet 652.
— mercurialis als Berufskrankheit, Möller 712.
— septische, Kundratitz 184.
— ulzeröse bei Kindern, Paterson 743.
Strahlentherapie, Sensibilisierung, Voltz 98.
— Wandlungen und Ausblicke in der, Strauss 714.
Strahlenwirkung, Theoretisches zur, Caspari 713.
Strassburg i. E., Kongreß französisch sprechender Dermatologen, 28.
Streptokokken, hämolytische in Fäzes Scharlach- und Nephritiskranker, Wordley 657.
— Untersuchungen über, Kuczynski 47.
Streptokokkeninfektion und Antiserum, Meyer, Fr. 731.
Strommarken der Haut, die elektrischen, Schridde 102.
Strophulus bei kleinen Kindern, Hallez 100.
Studies, Reports and observations, 649.
Subkutaninjektion, nicht zündende entzündlich wirkender Heilmittel, Meyer und Freund 426.
*Sycosis staphylogenes, Heilung auf iontophoretischem Wege, Wirz 3.
Sympathikus bei Dermatosen, Rolle des, Golay 63.
Sympathikuserkrankung und Dermatosen, Golay 239, 240.
Sympathektomie s. Malum perforans.

Syphilis.

1. Allgemeines.

Ambulatorien für Syphilitiker, Queyrat 46.
Blut-Cholesterinforschungen bei Syphilis, McFarland 66.
Blutsuspension u. Körpergewicht während der antisyphilit. Behandlung, Héden 645.
Diagnostischer Wert der Drüsenpunktion bei Syphilis, Bagnoli 421.
Die Schutzheiligen der Syphilis und die Wallfahrt von Syphilitikern, Martin 526.
Einfaches Hilfsmittel zur Diagnose der Syphilis des primären Stadiums, Gill 669.
Einfluß toxischer Exantheme auf den Ablauf der Syphilis, Buschke 663.
Entwicklung der Syphilis in Persien im Verlauf der Jahrhunderte, Christidi 662.
Galoppierende Syphilis, Kowalski 663.
Inkubation, ungewöhnliche, Barthélemy 306.
Irrtümer der Syphilismessung und ihre Folgen, Leredde 441.
Krisen, nitritoide, nach Salvarsan, Matarasso 307.
Nitritoide Krisen und endokrine Störungen, Lévy u. Juster 46.
Nordafrika, Syphilis der Eingeborenen; subkut. Gummen, Lacapere 304, 305, 307.
— — bei den Eingeborenen, Lacapère, G. 161.
Refraktäre Syphilis und Antiluetika, Felke 96.
Reinfektion oder mißlungene Abortivkur, Mucha 200.
Schanker, Exsudat von hartem, Fuentes 204.
Superinfektion bei angeborener Syphilis, Bogdanow 327.
Syphilis bei einem Manne (Reinfektion?), Fox 527.
— als Berufskrankheit der Ärzte, Trüb 650.
— bei verschiedenen Berufen, bes. Farmern, Stokes u. Brehmer 663.
— erworbene, bei Kindern, Grenet 246.
— Fracastorius über den Ursprung, Riddell 240.
— Frühdiagnose, Colmann 244.
— Heilbarkeit, Vecki 205.
— laienverständl. dargestellt, Orlowski 530.
— mit Pseudoleukämie, Golay 245.
— und Diabetes, Pfeiffer 245.
— — familiäre Leiden, Leredde 663.
— — Metrorrhagien, Dalché 246.
— — Neurasthenie, Benon 239.
— — Sklerom der Erwachsenen, Audry und Chatellier 640.
— Reinfektion, Cornaz 244.
— — Stein 244.
Syphilisreinfektion, Gager 525.
Syphilitische Auto-Superinfektion, von den Drüsen ausgehend, Nicolau 305.

Digitized by Google

Syphilitische Reinfektion, Belgodère 308.
— — Carle 304.
— — Mouradian 308.
Zustandekommen der Syphilisrezidive, Preisz 663.

2. Ätiologie der Syphilis.

Spirochaeta pallida, Nachweis, Takahashi 202.
— — Färbung mit Arsenbenzolen, Fontana 421.
— — Färbung mit Hilfe von Neosalvarsan, Krantz 247.
— — morphologische Verschiedenheiten, Oelze 247.
— — Reinkulturen und Übertragung, Wassermann u. Ficker 247.
Spirochäten, Nachweis von beweglichen — nach 49 Tagen, Losanow 327.

3. Experimentelle Syphilis.

Chemotherapeutische Differenzierung von Spirochaeta pallida und Spirochaeta cuniculi im Kaninchen, Kolle und Ruppert 669.
Experimentelle Syphilisforschung, Leven 670.
Syphilis bei Kaninchen, anatomische Veränderungen, Plaut, Mulzer, Neubürger 247.
— experimentelle mit atypischem Verlauf, Finkelstein 326.

4. Serologie der Syphilis; Liquor.

Ausflockung, Serodiagnose der Lues, Gaehtgens 267.
Ausflockungsmethoden, Sachs 267.
Ausflockungsproben, Vorgang der, Schmidt 267.
Ausflockungsreaktion, Allgemeingut des prakt. Arztes, Weiss 266.
— bei Lues, Erwiderung zu Gaehtgens, Bruck 267.
— — Syphilis, Kahn 39, 42.
— Hemmung durch Saponin, Niederhoff 267.
— Sachs-Georgi, Meinicke u. Trübungsreaktion Dold, Stempel 266.
— von Vernes, Helouin 267.
Ausflockungsreaktionen, neuere, bei Syphilis, Boas u. Pontoppidan 398.
*Brucksche Reaktion, Jähnke 33.
Kahnsche Fällungsprobe bei der Syphilisdiagnose, Keim u. While 672.
Kahn- u. Wassermann-Reaktion bei Syphilis, vergleichende Arbeit über, Ide u. Smith 637.
Kolmersche Modifikation der Wassermannschen Reaktion, Killduffe 637.
Komplementfixation, Trauma und Syphilis im Lichte der, Herb 67.
Konservierung von Blutproben zur WR, Reichert 671.
*Liquorbefunde bei inzipienter und frühlatenter Syphilis, Leyberg 53.
*— — — exanthematischer, lokalrezidivierender und frühlatenter Syphilis, Leyberg 86.
— — primärer Syphilis, Frühwald 138.
Liquor cerebrospin., Konzentrationsbestimmung bei Erkrankung d. Zentralnervensystems, Wüllenweber 268.
Luetinreaktion, Bedeutung der, Herb 644.
— mit Handelsfabrikat, Alderson 41.
Lumbalflüssigkeit, Zählung der Zellelemente, Jacobsthal 28.
Mechanismus der Komplementfixation, Peyre 670.
Meinicke III (DM), Ruete 266.
— — — neuere Erfahrungen, Winkler 267.
Meinicke-Reaktion Bewertung der, Mibelli 421.
Methoden und Modifikationen des serologischen Luesnachweises mittels Flokkung, Meinicke 671.
Organextrakte und ihre wirksamen Bestandteile, Klostermann u. Weisbach 671.
Pferde- und Rinderherz zur Herstellung von Extrakten zu Flockungsreaktionen, Felke 671.
Ring- oder Kontaktfällungsprobe der Syphilis, Herrold 672.
Sachs-Georgi und Meinicke III (DM) kombiniert, Winkler 267.
Schlußbemerkung zur „Serodiagnose der Syphilis", Gaehtgens 671.
Serologischer Luesnachweis mit den Trübungsreaktionen nach Dold und Meinicke, Strempel 139.
Serumhitzekoagulation des Blutes, Haschez 673.
Standardbildung und Aufbewahrung von Komplementserum, Ruediger 670.
Syphilis, aktive und positive WR, Hess 248.
— Ausflockungsreaktion, Kahn 205.
— Formolgerinnung des Serums, Bruttiau 263.
— Kolmersche Komplementbindungsreaktion, Shives 205.
— Liquorveränderungen im Frühstadium, Mayr 248.
— Rückenmarksflüssigkeit, Hyperalbuminose, Cestan u. Riser 238.
— u. WR, syphilitische Basis der „essentiellen" Epilepsie, Leredde 663.
Syphilis-Reagine im Liquor cerebrospinalis, Stern 248.

Digitized by Google

Theoretisches und Technisches zur Serodiagnose der Syphilis, Bruck 671.
Theoretisches zur Serodiagnose der Syphilis, Nathan 672.
„Trübungsreaktion" beim serolog. Luesnachweis nach Sachs-Georgi, Sachs u. Georgi 671.
Über Normomastixreaktion des Liquor cerebrospinalis, Kafka 673.
— die Schwankungen der WR während der Primärperiode der Syphilis unter dem Einfluß der Arsenobenzoltherapie, Piccardi-Pollano 421.
— Sachs-Georgi-Reaktion, Retschmenski 329.
Vergleichende Untersuchung der Wassermannschen und der kolloidalen Reaktionen, de Claret u. Brugairolles 672.
Verhalten des Liquors bei Neurolues als Maßstab für therapeutisches Handeln, Weigeldt 670.
Verwertbarkeit von Extraktsuspensionen zu serodiagnostischen Zwecken, Georgi 672.
Wassermann-Hechtsche Reaktion, Kogerer 266.
Wassermannsche Reaktion, Allgemeine Übersicht, Mariotti 650.
— — Arionextrakt bei der Hechtschen Modifikation, Loele 266.
— — Barthélemy 263.
— — beeinflußt durch radioaktive Bäder, Mittenzwey 265.
— — Beurteilung, Hecht 265.
— — Erwiderung auf Barthélemy, Schwers 305.
— — klinische Bewertung, Kilduffer 204.
— — mit Schankerflüssigkeit, Klauder u. Kolmer 39.
— — — Liquor, Savnik u. Kogoj 95.
— — Modifikation, Karmin 95.
— — Standardisation, Kabelik 221.
— — und Sachs-Georgi, Praxis der, Forssmann 645.
— — Vereinheitlichung, Bory 248.
— — Vergleich zweier, verschiedener Extrakte bei, Heden 398.
— — Zerlegung des Wassermann-Aggregates, Wassermann 265.
Wassermann-Substanz, Gewinnung der, Citron 265.
Wassermann-Veränderungen, Sera in acht Laboratorien untersucht, Palmer 670.
Weichbrodtsche „einfache Liquorreaktion", Götz 268.
Zur Kenntnis des „Wassermann-Aggregates", Otto u. Winkler 670.
Zuverlässigkeit der WR, Engelhardt 669.

5. Syphilis der Haut und der Schleimhäute.

Flächenhafte Syphilome, Milian, Sauphar u. Lelong 441.
Gumma der Glans penis, Greif 176.
Gummen an der Stirn, Anderson 329.
Leucoderma syphiliticum, Kind mit, Langer 15.
— — und Höhensonne, Wertheim 117.
Oberflächliche tertiäre Syphilide mit Hautatrophie, Lortat u. Legrain 490.
Primäre, seroposit. Syphilis, Patzschke 345.
Spätsyphilid, Lilienstein 345.
Syphilid, papulöses, Krösl 368.
— ulzeröses, der Handfläche, Feldmann 329.
— — Lilienstein 286.
Syphilis cutanea papulo-tuberculosa, Bobowitsch 327.
— — — Kowalski 329.
— degenerativa, maligna, acuta, Pfeifer 244.
— des Mundes, Pusey 743.
— favusähnlicher Kopf bei Eingeborenen in Südafrika, Fraser 222.
— Geschwür der hinteren Rachenwand, Reiner 198.
— Gumma nasi, Randak 201.
— Leucoderm der Achseln, Lange 218.
— psoriasiforme, Hempel 326.
— syphilisähnliche Munderkrankungen, Zinsser 225.
— tuberculosa, Kedrow 328.
— tubero-serpiginöse, Randak 201.
— ungewöhnliche, Neigung zu tertiären Formen, Garzella 401.
Syphilitische Gangrän des Penis, Orphanidès 304.
Tod durch Zungengumma, Borelli 421.

6. Extragenitale Syphilisinfektion.

Schanker am Thorax, Belgodère 307.
— extragenitaler, dreifacher, Decrop u. Crambes 308.
— seltener Sitz, Malherbe 305.
— „unsichtbarer", der Vulva, Belgodère 263.
Stirn, Primäraffekt, Pautrier u. Zimmerlin 43.
Syphilis, extragenitale, Schardon 244.
Syphilitischer Schanker des freien Randes des oberen Augenlides, Nicolas, Gaté u. Juvin 664.

7. Syphilis des Bewegungsapparates.

Bemerkungen zur Gelenksyphilis, Gastou u. Leredde 546.
Die syphilitischen iuxta-artikulären Nodositäten, Cange u. Argaud 664.

Digitized by Google

Gummöse Ostitis bei 2 Monate altem Säugling, Haxthausen 492.
Hartnäckiger syphilitischer Hydrarthros des Knies. Evakuierende Arthrotomie. Primäre Naht. Heilung, Soupault u. Marceron 443.
Stirngumma mit scherender Flechte, Goodmann 746.
Syphilitische Osteoperiostitis, Tarchini 421.
Tertiäre Syphilis, Ulzerationen am Gaumen, Gumma am Os frontale, Müller 175.
Zu den iuxta-artikulären Nodositäten, de Quervain 664.
Zwischenkiefer, kongenitale Syphilis, Eliascheff 43.
— syphilitisches Syndrom, Nicolas, Massia u. Dupasquier 62.

8. Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane.

Asymptomatische Neurosyphilis; augenscheinliche Immunität, Keidel 666.
Augenlues, Hessberg 667.
Behandlung der Nervensyphilis, Purves-Stewart 674.
Behandlung der Metasyphilis nach Gennerich, Brunner 676.
Biologische Probleme der Nervensyphilis, Hauptmann 665.
Familiär vorkommende Syphilis des Nervensystems, 1. bei Eheleuten, Moore u. Keidel 665.
Histopathologie der Paralyse u. Tabes (Spirochätenbefund), Jakob 667.
Klinische Bedeutung d. frühsyphilitischen Erkrankungen des Innenohres, Kobrak 440.
Labyrinthitis bei Lues II, Filadoro 423.
Nervensyphilis u. Liquorkontrolle, Brock 248.
Neuer Weg der Behandlung der metaluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, Löwenstein 676.
Neurorezidive nach Arsphenamin, Zimmermann 42.
Periphere Facialislähmungen der Luetiker, Goldberger 667.
Polyneuritis mit Dermatitis nach Novarsenobenzol, Ballet 550.
Polyneuritis nach Salvarsanbehandlung, Milian u. Lelong 547.
Resultate der Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems, Hearn 675.
Spirochätenbefund bei atypischen Paralysen, Hermel 667.
Syphilis, aktiv-sekundäre und Paralyse, Meschtscherski 246.
— des Auges, Behandlung, Boussi 271.
Syphilis d. Sympathikus, Lévy-Franckel u. Justes 492.
— des viszeralen Nervensystems mit Geschwürsbildung, Holler 245.
— Früherkrankung des Zentralnervensystems, Dreyfus 246.
— Pathogenese der Metalues, Gennerich 246.
— Spätfolge, knöcherner Verschluß der Nasenhöhlen, Hopmann 245.
Syphilitische Syndrome des Corpus striatum beim Greise, Lhermite und Cornil 666.
Tabes mit rezenter Syphilis, Poór 667.

9. Syphilis der inneren Organe, der Brustdrüse und der Lymphdrüsen.

Akute gelbe Leberatrophie, Malaria und Salvarsan, Fernbach 681.
Aneurysmen, syphilitische, Durop und Salle 263.
Aortitis, bes. syphilitische, Campbell 664.
Bronchus, gummöser Prozeß, Svoboda 65.
Drüsengummata, Milian, Sauphar u. Lelong 441.
Gefäßsyphilis des Gehirns, Freund 666.
Gummöse Prostatitis auf alter Blennorrhoe, Delbanco 511.
Icterus syphiliticus, Palvarini 421.
Ikterus bei Lues, Fuhs u. Weltmann 94.
— — Syphilitikern, Gutmann 139.
— syphilitischer, Kleeberg 15.
Infraklavikulardrüsen bei Syphilitischen, Oelze 95.
Komplikationen und Heilungen subakuter Leberatrophie bei Syphilis, Buschke u. Langer 681.
Leberstörungen bei der Pathogenese von Arsenobenzolerytheme, Desaux, Beauxis-Lagrave, Boutellier u. Barbier 680.
Luetische Krankheiten des Gefäßsystems, Sümegi 664.
Lungensyphilis, Friedländer u. Erickson 664.
Speicheldrüsen, Syphilis der, Kemp u. Moore 66.
Syphilis der Leber, Francesco 245.
— — Lungen, 15 Jahre unerkannt, Winkler 246.
— des Dünndarms, Schmidt 245.
Syphilitische Aneurysmen am Aortenbogen, Durop u. Salle 263.
Über die syphilitische Erkrankung des Magens, Aoyama 664.
— Milzschwellung im Frühstadium der Syphilis, Peiser 664.

Digitized by Google

10. Syphilis des Urogenitalapparates.

Blasenlues, Fälle von, Faragó 19.
Blasensyphilis, Fall, Cosasesco 70.
Collum uteri, Riesenschanker, Scheffer 44.
Ein Fall von Blasensyphilis, Picker 665.
Harnblasenlues, Fälle, Faragó 19.
Harnröhre, weibliche, Syphilis der, Lloyd Thompson 66.
Spirochäturie 665.
Syphilis der Blase, Picker 525.
Zwei Fälle v. Blasensyphilis, Faragó 665.

11. Vererbung der Syphilis; Syphilis und Ehe.

Abort und Kindersterblichkeit bei Lues, Cosbie 668.
Behandlung der auf kongenitaler Syphilis beruhenden Gelenkaffektionen, Ahlswede u. Busch 644.
— — Syphilis während der Schwangerschaft, Boas u. Gammeltoft 674.
Endarteriitis luetica congenita der Hirngefäße bei Kindern, Takahaski 668.
Erkennung kongenital luetischer Entzündung d. Röhrenknochen, Turnbull 664.
Kongenitale Syphilis des Neugeborenen und Säuglings, Hallez 668.
— — — Ohres, Breitstein 669.
Lues congenita und Zwillingsschwangerschaft, Thoenes 668.
Schneidezähne, Auseinanderweichen der mittleren u. oberen — bei Erbsyphilis, Stancanelli 399.
Schwangerschaft, Syphilis in der, Negley 67.
Symptomfreie Kinder syphilit. Mütter, Patzschke 668.
Syphilis congenita, Stümpke 246.
— — Stransky u. Schiller 246.
— hereditaria, späte, der Erwachsenen, Du Bois 247.
— m. Peritonitis bei Neugeborenen, Péhu u. Bonafé 247.
„Syphilis und Ehe", zur Entgegnung auf den Aufsatz, Kleeberg 696.
Totgeburten oder Todesfälle kurz nach der Geburt bei Lues, Browne 667.
Über Erbsyphilis, Levaditi, Marie u. Isaicu 669.
10 Fälle v. Lues congenita tarda, Spackmann 668.

12. Allgemeine Therapie und Prophylaxe der Syphilis.

Behandlung der Syphilis, Moore 674.
Ergebnisse der Bekämpfung der Syphilis in St. Etienne, Laurent 647.
Frühsyphilis, Behandlung, Rost 270.
Präventivbehandlung der Syphilis, Troisfontaines 46.
Prophylaxe in Marokko, Carle 308.
Salvarsanlose Behandlung der Syphilis, Dreuw 674.
Selbstheilung der Syphilis, Lesser 673.
Sittenpolizei, Bestrafung bei Übertretung der Vorschriften, Bizard 306.
Syphilisbehandlung, Modifikation bei der gewöhnlichen, Thomson 512.
Syphilis, Behandlung und Prophylaxe, Balzer 239.
Syphilistherapie, Mißerfolge der prophylaktischen, Golay 263.
Theoretisches u. Praktisches zur Syphilistherapie, Dreuw 674.
Über „Abortivheilung" d. Syphilis, Kolle 673.
Wirkung antisyphilitischer Behandlung bei schwerer Anämie, v. Foucar u. Stokes 673.
Wismut in der Syphilisprophylaxe, Sazerac u. Levaditi 348.

13. Quecksilberbehandlung der Syphilis.

Behandlung mit kolloidalem Kalomel, Rosenthal 396.
Die Gegner der Quecksilberbehandlung, Dreuw 674.
Dosierung des Novasurols, Heniuis 676.
Erythrodermie, merkurielle, Laborde 64.
Gummen an Stelle von Hg-Injektionen, Buquicchio 423.
Heilt das Quecksilber die Syphilis, Cheinisse 676.
Kalomelöl in der Behandlung der angeborenen Syphilis, Müller, Erich 676.
Mercuriolveronal, Ghigi 421.
Neues Quecksilberpräparat „Flumerin", White, Hill, Moore u. Young 676.
Neues Quecksilbersalizylat „Depogen", Kollmann 676.
Quecksilbertoleranz, Gjorgjevic 94.
Sublimat intravenös bei WR-fester Syphilis, Conrad u. McCann 66.
Stomatitis mercurialis, Verhütung, Heermann 272.

14. Salvarsanbehandlung (einschl. kombinierte Salvarsanbehandlung) der Syphilis.

Abortivkuren mit reiner Arsenobenzoltherapie, Piccardi 421.
Allg. Übersicht über die neuen Arsen- u. Wismutpräparate, Pomaret 347.
Alt- u. Neosilbersalvarsan, Hübner und Marx 330.
Amyostatischer Symptomkomplex n. Salvarsan, Matzdorff 332.

Digitized by Google

Arsenobenzole, Heilwert chemisch-therapeutisch aktivierter, Rebaudi 422.
Arsenstomatitis, Clément-Simon 548.
Ausscheidung bestimmter Arsenpräparate im Urin, Lévy-Bing u. Féron 492.
Behandlung der Salvarsanausschläge und anderer Metallvergiftungen, Bride u. Dennie 638.
Bemerkungen über Citrons Vortrag über Salvarsanfragen, Polay 677.
Biologische Kontrolle der Arsenobenzole, Patta 421.
Cyarsalmischspritze, Oelze 308.
— in der Frauenpraxis, Oelze-Rheinboldt 308.
Dermatitis exfoliativa nach Silbersalvarsan, Thompson 679.
— exfoliative nach Salvarsan, Lees 224.
— nach Neosalvarsan, Silbermann 326.
Die gemischten endovenösen Einspritzungen in der Behandlung d. Syphilis, Nardelli 400.
*Einzeitig kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung nach Linser, Ebel, O. 133, 158.
Erfahrungen mit Neosilbersalvarsan, Schiller 678.
Erythrodermie nach Salvarsan, Decron u. Salle 46.
Exanthem nach Neosalvarsan, Galliot 161.
Fieber nach Quecksilber und Salvarsan, Assmann 94.
Fixe Exantheme nach Neosalvarsan, Cabassi 421.
Früh- u. Spätikterus infolge Novarsenobenzol, Gastou u. Pontoizeau 548.
Hämatologische Untersuchungen bei experimenteller Kollargol- u. Salvarsanvergiftung, Herzog u. Roscher 680.
Haut- und Schleimhautblutungen nach Salv.-Hg-Kollargol, Voigt 291.
Ikterus nach Salvarsan, zur Frage des, Stümpke 681.
Keratosis pilaris, Hyperkeratosen, Komedonenakne nach allgem. Salvarsanexanthem, Rosenthal 16.
Kolloidnatur des Hg bei Salv.-Hg i. v., Tollens 291.
*Kombinierte Syphilisbehandlung, Eindrücke über das erste Jahrzehnt der, Jordan 453.
*Lichen-ruber-ähnliche Salvarsanexantheme, Lichen ruber, lichenoide Disposition und einige Konstitutionstypen d. Haut, Buschke u. Sklarz 517.
*Linser, kombinierte Behandlung nach, Ebel 109.
Linser-Verfahren, Pezold 291.
Mischspritzenbehandlung der Syphilis, Mauelshagen u. Strempel 677.
Neosalvarsan-Cyarsal, Carabellese 292.
Neosalvarsan-Cyarsalkur, Hess 308.
Neosalvarsan-Novasurol, einzeitig, Markert 290.
Neosalvarsan, pharmakologische Wirkung, Perutz u. Rosenmann 288.
Neosilbersalvarsan allein und als Mischspritze, Kall 308.
— Behandlung, Ziegler 311.
— bei Neurolues, Dreyfus 310.
— und andere Probleme der Salvarsanbehandlung, Fabry u. Wolff 330.
— Erfahrungen, Zimmer 330.
Neosilbersalvarsanbehandlung, Zeller 311.
Neosilbersalvarsannatrium, Erfahrungen über, Galewsky 311.
Pathogenese des Salvarsanikterus, v. Falkenhausen 681.
Prophylaxe und Therapie mit Derivat des essigsauren Oxyaminophenylarsins, Levaditi u. Martin 348.
Purpura nach Neosalvarsan, Ätiologie der Encephalitis haemorrhagica, Jarecki 679.
— nach Salvarsan mit tödlicher Hämorrhagie der Mundschleimhaut, Chatellier 548.
Pylorusgeschwür im Verlaufe einer Salvarsanbehandlung, Bulbärparalyse und Tod zehn Tage nach der Operation, Lacapère 441.
Salvarsan, Crha 221.
— Heilung u. Schädigung, Jadassohn 332.
— und die Maximaldosen, Heffter 310.
— einzeitig kombinierte Salv.-Hg-Behandlung, Ebel 158.
Salvarsanbehandlung, endolumbale, Benedek 309.
— — Erwiderung auf Benedek, Fuchs 310.
— vorbeugende, Schönfeld 309.
Salvarsandermatitis, Krott 287.
— mit Berücksichtigung des Einflusses auf Herd- und interkurrente Infektion, Stokes u. Cathcart 638.
Salvarsanexanthem in der Gravidität und Exitus im Wochenbett, Kirstein 679.
— fixes, Woronow 326.
*Salvarsanexantheme, lichen-ruber-artige, Frei u. Tachau 252, 289.
*— — Bemerkungen dazu, Jadassohn 261.
— Benveniste 332.
— spontan rezidivierende, Harry 633.
— Versuch einer Einteilung, Stühmer 138.
Salvarsanfrage, Wagner 331.
Salvarsanfragen, Citron 331.
— Arndt 678.

Digitized by Google

Salvarsan-Hg-Mischung u. therapeutische Anwendung, Rothmann 272.
*Salvarsan-Mischspritze, Bedenken gegen, Memmesheimer 459.
Salvarsanpräparate, vergleichende Beobachtung bei Behandlung, Bruhns u. Blümener 310.
Salvarsanschädigung und Bilirubinämie, Strauss u. Buerkmann 331.
Salvarsanschädigungen, Rosenthal 219.
— Pathogenese, Jacobsohn u. Sklarz 331.
*Salvarsanunterdosierung, Mühlpfordt 615.
Silbersalvarsan, Planner 138.
— u. Sulfoxylat, Kall 311.
Silbersalvarsan-Novasurol-Behandlung, Vill u. Schmitt 292.
Soluesin und Neosalvarsan, einzeitige Behandlung, v. Szily u. Heller 308.
Syphilis, Abortivbehandlung, Pediconi 270.
— Exantheme, deren Einfluß auf den Ablauf, Kleinschmidt 244.
— Sublimat u. Novasurol-Neosalvarsan, Nakano 202.
Syphilistherapie, moderne, Fassina 270.
Todesfall n. Neosalvarsan, Favento 420.
— nach Salvarsan. Zur Frage d. Arsenophobie, Leredde 443.
Tödlich endender Fall von Spätikterus nach Arsenobenzol, Golay 491.
Toxische Wirkungen der Arsenobenzolpräparate, 680.
Über Afenil zur Verhütung gewisser Salvarsanschäden, Stümpke 679.
— Neosilbersalvarsan, Ullmann 311.
— — Hannemann 678.
Verallgemeinerung der Syphilis trotz energischer Salvarsanbehandlung in seronegativer Primärperiode, Decrop u. Salle 441.
Verstärkung der Wirksamkeit des Salvarsans auf d. Nervensystem, Kalberloh 310.
Vorbehandlung mit Koffein b. Salvarsantherapie, Sack 310.
Wie lange und in welcher Konzentration bleibt Salvarsan im menschl. Blut? Schreus u. Holländer 677.

15. Wismutbehandlung der Syphilis.

Akute Neuritis optica im Verlaufe einer Wismutbehandlung. Tödliche akute Meningomyelitis b. Wismutbehandlung. Akute Meningitis einen Monat nach 20 Injektionen von 132, Simon und Bralez 442.
*Behandlung der Syphilis mit Bismut, Guszmann u. Pogány 125.
Behandlung der Syphilis mit Wismut, Ahlswede 526.
— — — — Wismutpräparaten, Bloch, Br. 682.
— mit Trepol, Lehner u. Radnai 682.
— — — Rosner 682.
*Bismogenol in der Praxis, Zimmern 461.
*— über die Ausscheidung des, Strauss 417.
Die Wismutsalze bei der Behandlung der Syphilis, Villemin 525.
Erythrodermie bei intravenöser Wismutbehandlung, Gastou u. Pontoizeau 444.
Folgen der Trepolbehandlung, Sequeira 527.
Kolloidales Wismut bei Behandlung der Syphilis, Lacapère 647.
Stomatitis nach Wismut, Azoulay, R. 184.
Syphilis mit Schanker und Roseola. Wismutbehandlung. Akute Nephritis. Wieder aufgenommene Wismutbehandlung gut vertragen, Simon 442.
*— und Wismut, Schubert 503.
Traitement de la syphilis par les sels bismutiques, Wenniger 646.
*Überdosierung mit Bismogenol, Prater 299.
Wert d. Wismut in d. Therapie, Radaeli 399.
Wirkung einiger Wismutpräparate, Sazerac u. Levaditi 348.
Wismut als Antisyphilitikum, Kolle 177.
— bei Nervensyphilis, Evard 304.
— bei Syphilis, Levaditi 682.
— kolloidales, intravenös, Galliot 349.
— neues Antiluetikum, Sedlák 65.
*Wismutbehandlung, Neuendorff 301.
— bei Syphilis, Felke 512.
— der Syphilis, Müller 177.
Wismutsalze in der Behandlung der Syphilis. Wismutstomatitis, Giroux und Deglaude 683.
Wismutstomatitis und Erythrodermie, Hudelo, Clément Simon und Richon 549.
Wismuttherapie, Wolter 349.
— Müller 349.
— Debatte über, 423.
*Zur Wismuttherapie der Syphilis, Giemsa 523.

16. Sonstige Heilmittel bei Syphilis.

Aminoarsenophenol, Jeanselme, Pomaret u. Bloch 46.
— bei der intramuskulösen Behandlung der Syphilis, Jeanselme, Pomaret, Bloch 678.

Digitized by Google

Arsenobenzene, Versager, Lacapère 46.
Ersatz des teuren Jodkaliums durch Tct. Jodi in der Syphilistherapie, Winckler 677.
Heilversuche mit „Intrasol" (Hg-As-Präparat), Szentkiralyi 677.
Merlusan bei Syphilis- und Gonorrhoetherapie, Hayn 347.
Phlogetische Therapie für Metalues und neues Mittel Phlogetan, Fischer 348.
Silberarsolan, russisches, Kedrow 326.
Spirochätentötende Kraft einiger Arzneimittel, Gonin 647.
Sulfarsenol bei Syphilis, Hewins und Acre 67.
Therapeutische Erfolge der Sulfoxylatsalvarsanbehandlung der Syphilis, Fabry 678.

Syringom, Genese, Gans 290.
Syringomyelie s. Dermatitis, gangränöse.
Syringozystadenom, Buschke 15.
— Delbanco 284.

Tabes, Therapie, Henneberg 271.
— Paralyse, moderne Behandlung, Mattauschek 270.
Talgdrüsennävus, Mayr 289.
Tamponade, resorbierbare — in der Urologie, Kümmell jr. 17.
Tastflecke s. Säugetierhaare.
Tastlähmung, Beitrag zur, Hillel 721.
Tätowierung mit Komplikation, Mallam 223.
Teerbehandlung von Hautkrankheiten, Hirschheimer u. Born 709.
Teerkarzinom, Bedeutung zur Krebsfrage, Deelmann 164.
— experimentelles, Lippschütz 164.
— über das experimentelle, Bierich 536.
— bei der Maus, Roussy, Leroux und Peyre 553.
— Einfluß des Aufhörens des Reizes auf die Entwicklung des experimentellen, Leitch 553.
*Teermelanom, experimentelles, der Maus, Lipschütz 749.
Teermelanose, Kissmeyer 95.
Tendovaginitis crepitans s. Sklerodermie.
Terminologie, medizinische, Repetitorium, Mahler 225.
Terpentin zur Behandlung v. Hautleiden, Levin u. Rose 636.
Terpentinöl, parenterale Einverleibung, Mazzini 401.
Terpestrol s. Ätherische Öle.
Tetanus, Lichtbehandlung, v. Beust 79.
Thallium, Wirkung, Buschke u. Jacobsohn 76.
— Alopezie, Spitzer 96.
Thallium, endokrine Störungen durch, Buschke u. Peiser 533.
— s. Endokrines System.
— Wirkung auf das endokrine System, Buschke u. Peiser 144.
*Therapeutische Mitteilungen, Gerber 284.
Therapie, Taschenbuch der, Schnirer 648.
Thermische Behandlungsmethoden, Tiefenwirkung bei, Zondek 425.
Thigenolseife, Erfahrung mit, Wunsch 708.
Thiosulfate, zur Biologie der, Bauer 446.
Thorium-X in der medizinischen Praxis, de Prades 720.
Thorium-X-(Doramad-)Salbe, Erfolge mit, Forster 446.
Tiefentherapie s. Röntgentherapie.
Tierhaut und Menschenhaut, Meirowsky 26.
Tintenstift-Gewebsnekrose, Glass 450.
Tonsillektomie s. Staphylokokkenausscheidung.
Tonsillen, Physiologie der, Richter 653.
— und Allgemeinerkrankungen, Goerke 653.
Toxine, nicht bakterielle, und Proteine, Whitfield 223.
Transplantation freier Hautlappen, Takahashi u. Miyata 50.
— von Explantaten aus erwachsener Froschhaut, Gassul 406.
— — Hundeaorta für menschliche Harnröhre, Vander Veer u. Heslin 347.
— unblutige, Wolff 720.
Trichomycosis flava, rubra, nigra, Castellani u. Wilkinson 222.
*Trichophytid, skarlatiniformes, Rajka 574.
Trichophytia, haematogenous Infection in Bruusgaard 645.
Trichophytie s. Haarpilze.
— als Ursache von Keratokonjunktivitis der Kornea, Milian u. Lelong 547.
— Behandlung der, Cattaneo 422.
— der Hände und Füße, Alexander 746.
— des behaarten Kopfes bei einer Russin, Hudelo, Sabouraud u. Richon 549.
— Röntgenbehandlung, Guarini 401.
— — der, Graham 451.
— und Area Celsi, Differentialdiagnose, Sabouraud 185.
— Tuberkulose, Pyodermitis, Oppenheim 198.
Trichophytiearten in der Provinz Cagliari, Bernucci 423.
Trichophytiekranker Menschen, Antikörper im Blutserum, Blumenthal und Haupt 138.

Digitized by Google

*Trichophytien, zur Kenntnis der glatten, Harry 500.
— die immunitären Reaktionen der, Martinotti 421.
— Behandlung der — mit Jod-Jodkalilösung, Meineri 656.
Trichophyton, Kultur, Pasini 96.
— — Jessner 96.
— granulosum, Epidemie durch, Pautrier u. Rietmann 44.
— purpureum, Ota 41.
— violaceum s. Mykose der Haut.
*— — als Ursache von Pilzerkrankungen, Arzt u. Fuhs 409.
Trichosporon, neue Varietät, als Ursache von Eingeweide-Knochen-Hautläsionen mit Exitus letalis, Mariani 423.
Trichozephalus- und Oxyurisinfektion, chirurgische Komplikation bei, Anschütz 657.
Trockenschälung der Hände, über eine für ansteckend gehaltene, Porosz 472.
Trophische Geschwüre, Seifert 738.
Trypaflavin, Dimmel 74.
— Wirkung bei Tuberkulose der Haut, Schweig 243.
Trypaflavinbehandlung, intravenöse, der chronischen Urtikaria, Strassen 100.
Tuberkelbazillen, Eiweißkörper zur Diagnose, Toenniessen 226.
— Anwendung lebender — bei Behandlung der Tbz., Selter 661.
— kultureller Nachweis in der Praxis, Meyer u. Fitschen 700.
Tuberkelbazillus, Entfärbung, Bergen 207.
— Baumgarten 207.
— über Sulfitentfärbung des, von Bergen 403.
Tuberkelbildung, Wanderzellen, Baumgarten 207.
Tuberkulid, annuläres, Guttmann 175.
— papulo-nodulöses, Oppenheim 198.
Tuberkulide der Schleimhaut, Arndt 218.
Tuberkulin, diagnostischer Wert des — bei den Erkrankungen der Harnwege, Karo 123.
— Vitaltuberkulin, Meyer 227.
— Wirkungsweise, v. Hayek u. Wieser 227.
Tuberkuline, Toxizität verschiedener Alttuberkuline; Schädigung durch diagnostische Dosen, Schwermann 661.
— Vergleichung verschiedener, Schall 227.
Tuberkulinprobe, perkutane, modifiziert, Widowitz 226.
Tuberkulinwirkung, über, Ádler 661.
Tuberkulodermen, Lungentuberkulose bei, Martenstein 95.
Tuberkulose, äußere Röntgenbehandlung, Hohlfelder, H. 181.
Tuberkulose, chirurgische s. Lup. vulgaris.
— der Haut, Behandlung, Rost 242.
— — — intrakutane Behandlung, Scholtz 228.
*— — — — Pferdeserumreaktion, Löblich 377.
— — Lungen, Schädigung durch Sonnenbestrahlung, Kock 243.
— — Niere, Behandlung mit Chaulmoograöl, Cowen-Detroit 348.
— — — und Blase bei Frauen, Skafianakis 373.
— — Nieren, eigenartige klinische Entwicklung der —, Lemierre, Léon-Kindberg u. Lévesque 692.
— — oberen Luftwege, Behandlung mit Röntgen, Kleinschmidt 243.
— — Schleimhaut, atypische, Arzt und Randak 96.
— des Larynx, Behandlung mit Finsenbädern, Strandberg 243.
— — — Chaulmoograöl bei, Alloway u. Lebensohn 662.
— — — — — Peers u. Shipmann 662.
— des Nebenhodens, Unterbindung des Vas deferens bei, Unterberg und Barsony 690.
— Intrakutanbehandlung, spezifische, Schulte-Tigges 661.
— kombinierte, und Sonnenbehandlung, Klare 243.
— Kritik zur perkutanen Behandlung, Petruschky 228.
— Perkutane Behandlung, Gottlieb-Moro 228.
— Pyodermitis oder Trichophytie, Oppenheim 198.
— Reinfektionsversuche, Igersheimer u. Schlossberger 207.
— Sonnenbehandlung, Wittek 243.
— und Fixationsreaktion, Rieux und Zoeller 226.
— — Reiztherapie, v. Ohlen 227.
Tuberkuloseforschung vom dermatologischen Standpunkt, Jesionek 71.
Tuberkulose-Schutzimpfung, Selter 227.
Tuberkulose- u. Hautimmunität, Böhme 227.
Tuberkuloseverdächtige Ulzeration mit zimtsaurem Benzyläther intramuskulär behandelt, Jacobson 549.
Tuberkulöse Abszesse der Haut mit tuberkulösem Gelenkrheumatismus kombiniert, Gorke 226.
— Erkrankungen der Zunge, Handfield 743.
— Geschwüre des Penis, Lilienstein 286.
— Immunstoffe und Skrofuloderma, Jesionek 242.

Digitized by Google

Tuberculosis cutis verrucosa, Delbanco 285.
— fungosa serpiginosa, Überschär 440.
— ulcerosa miliaris, Kren 117.
Tumor, Mischtumor der Blase, Lenormant 180.
Tumorbildung nach Injektion von Hg salicyl. in Pflanzenölsuspension, Sutton 640.
Tumoren des Hirns, Salvarsanbehandlung, Matzdorf 310.
— — behaarten Kopfes, multiple, Ballet 550.
— maligne u. äußere Tuberkulose, Röntgenbehandlung, Hohlfelder, H. 181.
*Tumoren der Nackengegend, Kiess 313.
Tuschekulturmethode bei Bakterien, Adelmann 47.

Überempfindlichkeitsversuche an Bakterien, Schnabel 404.
Übermangansaures Kali in der Dermatologie, Scott 709.
Ulcera cutanea ex puritu et toxiphobia, Nikolski 725.
Ulcus cruris, Behandlung des, Simon 100.
— — — — kallösen mit Unterspritzung, von der Hütten 722.
— — — — sekundär infizierten — unter Berücksichtigung des biologischen Verhaltens der Bakterien, Harry 100.
— — — — — — Bemerkungen zu dem Aufsatz, Lapp 494.
— — — — kallösen, Hecht 633.
— — — mit Pyoktanin, Seiler 722.
— — Differentialdiagnose, Goodman 204.
— molle, Heyn 440.
— phagedaenicum, Berichtigung zu Fischl und Kirchner, Buschke 330.
— rodens, Arning 286.
— — Behandlung mit Chromsäurelösung, Kennedy 740.
— — multiples oberflächliches, Adams 528.
— — cysticum, über, Dubreuilh 546.
— — vulvae, Jess 740.
*— — acutum, Lipschütz 174.
*— — — und Scheidenbazillen, Oelze-Rheinboldt 438.
Ultraviolette Strahlen, Einfluß der auf Antikörper in vitro, Heuer 28.
— Lichtstrahlen, Klemperer u. Rabinowitsch 80.
Ulzeration durch Diplostreptokokkus, Oppenheim 117.
Ureter s. Harnleiter.
— Ligatur des, Peterson 67.
— primäres Karzinom, Suter 23.
— Steine im unteren Teil, Zondek 18.
Ureter, Steine, v. Engelbrecht 20.
Ureteraler Wulst, Inter-, Kummer 69.
Ureterenkatheterismus, Modifikation meines aseptischen, Milosklika 643.
Uretermündung, doppelseitige Atresie der, Zimmermann 692.
Ureterpapille, Pseudotumoren, Necker u. Paschkis 22.
Ureterpapillom, Fall von primärem und sekundärem, Kraft 123.
Ureterunwegsamkeit, Behandlung von Abdominalschmerz nach, Crowell 692.
Ureterenscheidenfistel, Martin 68.
Ureterenstein, Diagnose und Operation, Satani, Miyake u. Matsumoto 203.
— nichtoperative Behandlung, Buerger 122.
Urethra, traumatische Striktur d. weiblichen, Teleky 122.
— Zysten, Polypen und Papillome der, Gottfried 122.
Urethroskop von Valentine-Luys, Modifikationen am, De Bella 421.
Urethroskopie bei Gonorrhoe, Brown 351.
Urethrozele, Urethroskopie, Villemin 178.
Urinfisteln am Damm, Fonseca 69.
Urogenitalmißbildung, Oedema congenitum bei, Adam 687.
Urologie, Anteil Frankreichs an Entstehung und Fortschritten der, Jeanbran 644.
— Aufgaben, Hilfsmittel, Erfolge, Pflaumer 355.
Urologische Chirurgie bei Kindern, Kretschmer 687.
— Diagnostik und Therapie, Casper 355.
— Röntgendiagnostik, Janssen 355.
— Tätigkeit, Übersicht eines Jahres, Rathbun u. Phillips 355.
Urotropin als Diuretikum, Ruh u. Hanzlik 710.
Urticaria cum pigmentatione, Oppenheim 118.
— pigmentosa, Freund 420.
— — Clément Simon u. Bralez 549.
— — Zwillingspaar, F. Rosenthal 15.
necroticans, Rogg 97.
— papulo-pigmentosa perstans, Morini 398.
Urtikaria, chronische s. Trypaflavin.
— durch Kälte, Mibelli 421.
— und Hemiplegie, Lermoyez und Alajouanine 723.
— Pathogenese und Anatomie, Török, Lehner u. Kenedy 494.
Urtikariaquaddel, Entstehung der, Mautner 495.
Uterus, Therapie entzündlicher Erkrankungen der Mucosa corporis et cervicis, Joachimovits 693.

Digitized by Google

Vakzine- und Proteinkörpertherapie bei Staphylokokkenerkrankungen und Gonorrhoe, Matthias 241.
Vakzinetherapie, neue, lokale, Bonnin 374.
— Hilgermann u. Krantz 52.
Variola und „Amaas" in Südafrika, Mitchel 755.
— in Shanghai, 755.
— unter Affen von Südbrasilien, Bleyer 755.
— und Vakzine, Theorie der Immunität bei, Groth 756.
— Übermangansaures Kali bei, Fraser 755.
Variolaepidemie, 755.
Variola-Vakzine-Immunität, Morawetz, G. 187.
Variola- und Vakzineimmunität, Gins 756.
Varizellen, ultraviolette Strahlen, Sack 188.
Varizen, Verödung m. Quecksilberbijodür, intravenös, Montpellier, Lacroix, Boutin 548.
Vasogene in der Dermatologie, Stoeber 709.
Vebli-Behandlung, zu Nourneys, Polony 486.
Venen, Intimafibromatose von, Hedinger 705.
Verbrennung s. Duodenalgeschwür.
— Starkstrom, Krüger 198.
Verbrennungen, Behandlung ausgedehnter — mit heißer Luft und Mineralöl, Steel 515.
— durch hohe Hitze, Schridde 725.
— Paraffinspritzverfahren bei, Rebaudi 725.
Verbrennungsnarben, Fuhs 200.
Vererbbare Krankheiten, spontan, Leredde 663.
Vererbungspathologie der Haut, Siemens 48.
Vereisung des Nervus ischiadicus und saphenus b. angiospastischen Schmerzzuständen der unteren Extremitäten, Läwen 99.
Verjüngungsproblem, Ruzicka 371.
Verjüngungsversuch mit Transplantation von Hoden einer Leiche, Gregory 691.
Verrucae planae juveniles, de Medina 42.
Verschnittölen, bakteriologische Untersuchung von Hauterkrankungen hervorrufenden, Rosenberger 449.
Vesikans, Dermatitis nach, Jeanselme u. Blamoutier 62.
Veto, Prophylaktikum, experimentelle Wirksamkeit, Russ 376.
Virulenzsteigerung säurefester Saprophyten durch Tierpassage, Heymann und Strauss 28.
Viskosität des Blutes und Arteriendruck bei Syphilis, Meineri 399.
Vitamine und Diabetes, Klotz u. Höpener 373.
Vitiligo s. Alopecia areata.
*— über, Jordan 105.
— — Lineberg 735.
— Heilung durch Ovarium, Artom 423.
— mit Hypophysensubstanz behandelt, Josselyn 735.
— mit sensiblen u. sympathischen Nervenstörungen, Lévy-Franckel und Juster 442.

Wanderzellen u. Tuberkelbildung, Baumgarten 207.
— der Haut, Kondo 699.
Wanzengift, Miyake 202.
Warze, seltener Befund in einer, Martinotti 421.
Warzen, Behandlung von — mittels Suggestion, Nini 737.
— Radium bei, Ayres jr. 42.
Wasserabgabe der Haut, Einfluß d. Temperatur auf die unmerkliche, Moog 696.
Wassermannsche Reaktion bei Schwangeren und Neugeborenen, Esch und Wieloch 266.
— — bei Tuberkulose, Boas und With 490.
Wassermann-Mikrotechnik, Donald 513.
Wechseljahre, Hautaffektionen der, Bauer 733.
Winterausschlag, Ursache des juckenden, Schultze 104.
Wissenschaftliche Literatur Deutschlands der Jahre 1914/21, systematische Bibliothek der, 104.
Wismutpräparate, Resorption, mit Hilfe der Röntgenstrahlen untersucht, Levy-Bing, Belgodère, Auclair 491.
Wundbehandlung, Sonntag 724.
Wunde, Aktionsstrom der granulierenden, Beck 49.
Wundinfektionen der Ärzte, Behandlung der von den Händen ausgehenden, Honigmann 102.
— die diphtherischen, Dorn 103.

Xanthom, Urbach 116.
— echtes oder xanthomatöse Degeneration der Haut? Urbach 737.
— kongenitales, Arndt 218.
Xanthoma diabeticorum, Sequeira 528.
— tuberosum, Diabetes insipidus, Griffith 162.
— — multiplex mit Metastasen, Knowles u. Fisher 535.

Digitized by Google

Xanthomatische Granulome, Seyler 736.
Xanthomatosis, Pathogenese, Harrison 641.
Xanthomfrage, zur, Schmidt 96.
Xanthosarkome der Sehnenscheiden, Krogius 741.
Xeroderma pigmentosum, Kumer 119.
— — Bogrow 328.
— — Querrieri 421.
— — Vöhl 177.

Yatren, Erfahrungen, Michael 74.

Zahnheilkunde und Medizin, Lehrbuch d. Grenzgebiete der, Misch 444.
Zellfärbung, Prozesse der, Schuhmacher 689.
Zellstoffwechsel, Umstimmung des, Gottschalk 703.
Zirkumzision unter Lokalanästhesie, Roper 688.
Zottengeschwülste des Nierenbeckens und Ureters, Brütt 22.
Zunge, Abszesse der, Combier u. Murard 742.
Zwergwuchs, hypophysärer, Dehn 162.
Zwischenzellen bei Hodenteratom, Dietrich 371.
Zwischen- oder Geschlechtszellen? Romeis 371.
Zylindrom und Epithelioma adenoides cysticum, Watanabe 94.
Zystenniere, einseitige, Wulff 18.
— Marion 69.
— Wossidlo 22.
Zystitis, durch Paraffin, und Heilung, Monis 123.
— chron. umschriebene, Satani 203.
— eitrige, Mikrobenbefund, Pane und Cirillo 368.
Zysto-Urethroskop, neues, Oelze 241.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abrami s. Widal.
Abramow, Histologie des Masernexanthems 657.
Achard, Karzinom des Gebärmutterhalses 693.
Acre, Robert R. s. Hewins.
Adam, Oedema congenitum bei Urogenitalmißbildung 687.
Adams, Fall von multiplem, oberflächlichem Ulcus rodens 528.
Adamson, Fall zur Diagnose 529.
Adelmann, L., Tuschekulturmethode 47.
Adler, Über Tuberkulinwirkung 661.
Ahlswede, E., Proteintherapie 40.
— Behandlung der Syphilis mit Wismut 526.
— und Busch, Zur Frage der Behandlung der Psoriasis 525.
— — — Behandlung der auf kongenitaler Syphilis beruhenden Gelenkaffektionen 644.
Alajouanine s. Lermoyez.
Alapi, Chronische Prostatitis nach Epizystotomie 691.
Alderson, H. E., Acnitis 66.
— — Gifteichendermatitis 78.
— — Luetinreaktion 41.
— — Onychauxis und Schilddrüsenbehandlung 41.
— Cutis verticis gyrata 206.
Alexander, Akanthome der Lippenschleimhaut; Bemerkungen über Papillomatosis cutis 645.
— Trichophytie der Hände und Füße 746.
Alloway und Lebensohn, Chaulmoograöl bei Behandlung tuberkulöser Laryngitis 662.
Almkvist, Über merkurielle Dermatosen 634.
— Merkurielle Dermatosen 646.
— Angina, bedingt durch Quecksilber 397.
— Postparapsoriatisches Leukoderm 398.
Alt, Konrad 292.
Aman, Behandlung von Infektionskrankheiten 408.
Ambrosoli, Allgemeine Hautreaktionen bei Favus 422.
Anagnostu s. Pincussen.
Anderson, Gummen an der Stirn 329.
— Angaben über Tiefentherapie 451.
Andreae s. Perrier.
Andreasch, Eigenharnreaktion 661.
Andrews, G. C. s. Mac Kee.
Anschütz, Willy, Kongenitale Blasendivertikel 17.
— Chirurgische Komplikationen bei Trichozephalus- und Oxyurisinfektion 657.
Aoyama, Über die syphilitische Erkrankung des Magens 664.
Aranujo 748.
Arcularius, Philip Edward 164.
Argaud s. Cange.
Arndt 15, 16.
— Erythema induratum und Schleimhauttuberkulide 218.
— Xanthom, kongenitales 218.
— Lymphadenose, umschriebene 218.
— Parapsoriasis en plaques 218.
— Exfoliatio areata linguae der Wangen u. Lippen 218.
— Aleukämische Lymphadenose 440.
— Granuloma annulare 440.
— Salvarsanfragen 678.
Arning, Anetodermia maculosa 286.
— Pseudoxanthoma elasticum 286.
— Eigentümliche Narben 286.
— Angiokeratom d. Zunge 286.
— Naevus haematolymphangiomatosus 286.
— Ulcus rodens 286.
— Oidiomykosis 511.
— Starker Haarwuchs nach Röntgenepilation wegen Mikrosporie 511.
Arnold, Walther s. Thomas 188.
— Heilung der gon. Prostatitis mit Arthigon u. Terpentin 353.
Arnstein, Herpes zoster und innere Erkrankungen 495.
Aronstam, Noah E., Keratodermia palmaris 67.
— Durchleuchtung der Harnröhre als diagnostisches Hilfsmittel 123.

Digitized by Google

Artom, Heilung von Vitiligo durch Ovarium 423.
Arzt 117.
— Pagets Disease 119.
— L. und Randak, A., Schleimhauttuberkulose 96.
— Karzinom der Zunge 201.
— Pemphigus foliaceus und vulgaris 201.
— Geschwulstartige Bildungen in der Gesichtshaut 737.
— Mikrosporie, Geleitwort zum Film 747.
*— und Fuhs, H., Pilzerkrankung durch Trichophyton violaceum 409.
— — — Klinik und Therapie der Mikrosporie 645.
Ascoli, Anteil Moreschis an Komplementablenkungsreaktion 266.
Asher, Leon, Einfluß der Gefäßnerven auf die Permeabilität der Gefäße 26.
Assmann, Gerhard, Fieber nach Quecksilber und Salvarsan 94.
Auden, Antimon bei Framboesie 532.
Audry, Lichen ruber planus, sicher infektiösen Ursprungs 548.
— und Chatellier, Sklerom und Syphilis 640.
Aufricht s. Esser.
Ayres jr., S., Radium bei Warzen 42.
Azoulay, R., Stomatitis nach Wismut 184.

Bacher, Epithelioma adenoides cysticum mit Hämangiom 288.
Baecker, Rivanolbehandlung bei Mastitis 141.
Baensch, Röntgentherapie der Oberflächenkarzinome 716.
Baer, Th., Menstrualexanthem 176.
Bagnoli, Eosinophilie bei Skabies 421.
— Diagnostischer Wert der Drüsenpunktion bei Syphilis 421.
Bahrawy, Mongolenfleck bei Europäern 289.
Bainbridge, Zungenkrebs als Gegenstand diagnostischer und Behandlungsirrtümer 740.
Balban, W., Erwiderung zu Skabiesbehandlung 186.
Ballantyne, John William 188.
Ballet, Ausgebreitete Hauterkrankung nach Umschlägen mit Pikrinsäure 548.
— Allgemeine, plötzlich aufgetretene Leukonychie 549.
— Polyneuritis mit Dermatitis nach Novarsenobenzol 550.
Balog, Abortivkur, Provokation, Ehekonsens bei Gonorrhoe 396.
v. Balogh, Zur Kenntnis der Nomainfektionen 731.
Balzer, Syphilis, Behandlung und Prophylaxe 239.
Bán, Rationelle Behandlung der Angina faucium 653.
Barber, Fall von Darierscher Krankheit 528.
Barbier s. Desaux.
Bardach, Pfortaderstenose und Myelothrombophlebitis im Kindesalter nach multiplen Hautabszessen 530.
Barsony s. Unterberg.
Barthélemy, Wassermannsche Reaktion 263.
— Ungewöhnliche, syphilitische Inkubation 306.
— Fordyces Krankheit 491.
— Neuere Beobachtungen über das Erythema nodosum 495.
Bartrina, J. M., Reflektorische Phänomene des Genitourinalapparates 69.
Basch, Behandlung des Analpruritus 693.
Bätzold, Senkungsgeschwindigkeit der roten Bl. bei luischen Säuglingen 269.
Baudouin s. Lortat-Jacob.
Bauer, Zur Biologie der Thiosulfate 446.
— Hautaffektionen der Wechseljahre und ihre Therapie 733.
— und Aschner, Austauschvorgänge zwischen Blut und Gewebe. Einfluß von Adrenalin etc. 142.
Baumann, Erwin, Künstliche Befruchtung 23.
— Traumatische Nierenzyste 372.
— Behandlung der Blutvergiftung bei Milzbrand 532.
Bäumer, Eduard, Herbaseife 76.
— E., Skabiesdiagnose und Behandlung 185.
Baumgarten, Tuberkelbildung, Wanderzellen 207.
— Tuberkelbazillus 207.
Baumgärtner, Ch., Ozänabehandlung 184.
Bayer, Veränderung des Glykogens durch Belichtung 450.
Bayly, Schutz vor Geschlechtskrankheiten 695.
Bbdö, Behandlung der Brüste säugender Mütter 515.
Beauxis-Lagrave s. Desaux.
Bechet, Pityriasis rubra pilaris mit adiposogenitaler Dystrophie 533.
Bechhold, H. und Reiner, R., Adsorptivdesinfektion 51.
Beck, A., Röntgensarkom 80.
Béclère, Henri und Henry, Robert, Harnröhrenverengerungen, Röntgenaufnahmen 177.
Beeson, Granuloma inguinale mit Unterlippengeschwür 205.
Behçjet, Houloussi, Recklinghausensche Krankheit 64.
*— s. Hodara 209.
*— Behandlung der Orientbeule mit Diathermie 433.
Belgodère, Syphilitische Reinfektion 308.
— Schanker am Thorax 307.

Digitized by Google

Belgodère, Unsichtbarer Schanker der Vulva 263.
— Bursitis der Verliebten 647.
Belot und Nahan, Entwicklung eines Epithelioms auf einem Keloid 549.
De Bella, Modifikationen am Urethroskop von Valentine-Luys 421.
Bender, Sexuelle Sozialhygiene 25.
— Zur Meldepflicht des Arztes bei Geschlechtskrankheiten 424.
Benedek, Vorbeugende Salvarsanbehandlung 309.
Benjamin, Steinachsche Operation 371.
Benoit, Behandlung des Lupus durch kombinierte infra-rote und ultraviolette Bestrahlungen 443.
Benon, Neurasthenie und Syphilis 239.
Bennet s. Slagle 241.
Benveniste, Benzoeharzreaktion 268.
— s. Golay.
— Salvarsanexantheme und Verlauf der Syphilis 332.
Berg und Ellinger, Biologische Röntgenstrahlenwirkungen 714.
v. Bergen, Tuberkelbazillus, Entfärbung 207.
— — Über Sulfitentfärbung des Tuberkelbazillus 403.
Berger s. Doerr.
Berndt, Krätzebehandlung mit Mitigal 747.
Bernhard, Indikationsgebiet der Chlorkalziumtherapie 448.
Bernstein, E., Folliculitis decalvans 175.
— — Acrodermatitis atrophicans 175.
— — Lichen planus et verruc. 175.
Bernucci, Trichophytiearten in der Provinz Cagliari 423.
— Hautnervenläsionen bei Lepra 423.
Bertaccini, Beobachtungen über einige Fälle von Endotheliomen 423.
Bertoye s. Goté.
Bettmann, Haut- und venerische Krankheiten. Diagnostische und therapeutische Irrtümer. Verhütung. I. Hautkrankheiten 754.
Bettoni, Fall von Sarkom der Prostata 643.
Beust, A. v., Lichtbehandlung des Tetanus 79.
Beutl, Paul, Kohlensäureschnee 64.
*— Plaut-Vincentsche Flora bei interdigitaler Kondylomatose 282.
Biberstein, Diphtherie der Haut, bes. die ekzematoide Form 726.
Bieber, Essigäther gegen Kopfläuse 748.
Bieberach, Erfahrungen über Gonorrhoe 240.
Biemann, Diphtosan bei Diphtheriebazillenträgern 103.
Bien, Krätzemittel „Saruol" 657.
Bierich, Über den experimentellen Teerkrebs 536.
Bierich, Beteiligung von Bindegewebe bei der experimentellen Krebsbildung 739.
Birchelt jr., J. A. K. und Lustberg, J. R., Salol bei Pocken 66.
Bisher, Zufälliger Verschluß der männlichen Harnröhre 689.
Bisweiler, Aktinomykose als Ursache innerer Krankheiten 655.
Bitschai, Durchwanderungsperitonitis bei Erkrankung der Blase 643.
Bittmann, Herpes gestationis 220.
Bittorf, Pigmentbildung bei Addisonscher Krankheit 735.
Bizard, Bestrafung bei Übertretung der Vorschriften der Sittenpolizei 306.
Blamoutier s. Jeanselme.
— Keratosis blennorrhoica 684.
— s. Bloch.
Blanc, Georges und Caminopetros, J., Experimentelle Untersuchung des Zoster 46.
Blaschko, Nachruf, Pinkus 424.
— Nachruf von Loewenstein 425.
— und Jacobsohn, Therapeutisches Taschenbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 648.
Blau, Heliobrom 710.
Bleyer, Variola unter Affen von Südbrasilien 755.
*Bloch, Iwan, Nekrolog, F. Pinkus 13.
— Br., Behandlung der Syphilis mit Wismutpräparaten 682.
— — Zur Chromatophorenfrage 137.
— — Pigmentfrage 175.
— Marcel s. Jeanselme.
— M. und Blamoutier, Diffuse Atrophie der Haut und Schleimhaut 738.
Blond, Traumatische Epithelzyste 534.
Bloodgood, Zungenkrebs, eine verhütbare Krankheit 556.
Blühdorn, Erscheinungen der exsudativen Diathese 727.
Blum, Viktor, Konkremente im Nierenbecken 23.
— s. Gougerot.
— J., Scharlach, Auslöschphänomen 187.
Blümener s. Bruhns 310.
Blumenthal und Haupt, Antikörper im Blutserum trichophytiekranker Menschen 138.
Boas, Kapillaren der Gliedmaßen bei Akrozyanose 721.
— und Gammeltoft, Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft 674.
— und Pontoppidan, Neuere Ausflokkungsreaktionen bei Syphilis 398.
— und With, Wassermannsche Reaktion bei Tuberkulose, insbesondere bei tuberkulösen Hautaffektionen 490.
Bobowitsch, Syphilis cutanea papulotuberculosa 327.

Digitized by Google

Bobowitsch, Lichen trichophyticus 327.
— Pseudoleukaemia cutis 327.
*Bockholt, s. Fabry 229.
Bode, Diphtherie der Glans penis 726.
Bogdanow, Superinfektion bei angeborener Syphilis 327.
— Paronychia syphilitica 325.
Bogrow, Infektiosität der Orientbeule 141.
— Melanokeratosis follicularis 328.
— Xeroderma pigmentosum 328.
— 356.
*—†, Sergei, von A. Jordan 419.
— Epithelioma bei Lupus erythematodis 736.
Böhme, Haut- und Tuberkuloseimmunität 227.
Du Bois, Späte Syphilis hereditaria der Erwachsenen 247.
Bonafé s. Péhu.
Bonhoff, Friedrich, Primärer völliger Blasenschluß nach Prostatektomie 19.
— Abkürzung der Behandlung nach Prostatektomie durch primären Blasenschluß 19.
Bonn, Klinik und Therapie der subkutanen, traumatischen Lymphextravasate 725.
Bonneau, Raymond, Prostatektomie, suprapubische Wunde 179.
Bonnet, Stomatitis impetiginosa und Glossitis exfoliativa marginata 652.
Bonnin, Neue, lokale Vakzinetherapie 374.
Böminghaus, Eigenharnreaktion 226.
Borchardt, Reiztheorie, Entwicklungslehre und Konstitutionsproblem 406.
Bordier, Heilung von Röntgenkrebsen durch Diathermie 717.
Borelli, Lichen rub. planus verrucosus zoniformis 421.
— Tod durch Zungengumma 421.
Born, Zur Frage der epidermidalen Basalmembran 138.
— Mycosis fungoides 176.
— s. Hirschheimer.
Boross und Mátéfy, Pyonephrosis pseudogonorrhoica 684.
Bortnjajeff, Lepra nervosa 328.
Bory, Vereinheitlichung der Wassermannschen Reaktion 248.
— Vierte Geschlechtskrankheit 349.
Borza, Adenom der akzessorischen Drüsen bei Prostatahypertrophie 691.
Bosellini, Pier Lodovico 28.
Boulin s. Ravaut.
Bourguignon, Georges, Jodkali-Ionisation gegen Narben 45.
— s. Jeanselme.
Boussi, Behandlung der Syphilis des Auges 271.
Boutellier s. Rabut.
— s. Desaux.
Boutin s. Montpellier.
Bouttiau, Formolgerinnung des Serums 263.
Boycott, Häufigkeit roter Haare 654.
Bralez s. Simon.
Braun und Seuffer, Sarkoma idiopathicum multiplex 288.
Braun, Histologische Vorgänge bei Hautimplantation 402.
Bravo, Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Natr. salicyl. 224.
Brehmer s. Stokes.
Breinl s. Weil 206.
Breitstein, Kongenitale Syphilis des Ohres 669.
Briant, Geschlechtskranke, Untersuchung 240.
Bride und Dennie, Behandlg. der Salvarsanausschläge und anderer Metallvergiftungen 638.
Brinitzer, Recklinghausensche Krankheit 285.
— Sklerodermie 285.
— Angioma cavernosum 285.
Brock, W., Hautkrebse, Röntgenbehandlung 181.
— Nervensyphilis und Liquor-Kontrolle 248.
Brocq, L., Mikrobeninfektion bei Röntgendermatitis 42.
Broysitter und Wodarz, Nierenveränderung bei Bleivergiftung und Gicht 372.
Brown, E. D., Giftsumach 42.
— Urethroskopie bei Gonorrhoe 351.
Browne, Totgeburten oder Todesfälle kurz nach der Geburt bei Lues 667.
Bruck, Idiopathische Hautatrophie 285.
— Erwiderung auf Gaehtgens 267.
*— Weibliche Gonorrhoetherapie und persönliche Prophylaxe 464.
*— Gonorrhoetherapie, weibliche, und Prophylaxe 482.
— Pityriasis lichenoides chron. 511.
— Morbus Recklinghausen 511.
— Karzinom d. Nasolabialfalte, mit Deutschmann-Serum behandelt 511.
— Zwei Karzinome des Gesichts und der Mamma 511.
— Theoretisches und Technisches zur Serodiagnose der Syphilis 671.
— „Antiphlogistine-Paste“ 709.
Brugairolles s. de Claret 672.
Bruhns und Blümener, Vergleichende Beobachtungen bei Behandlung mit den neueren Salvarsanpräparaten 310.
— Mal perforant 15.
— Bromoderma tuberosum vegetans 237.
Brünauer, Lichen planus 116.
— Keratoma palmare et plantare 116.
— Behandlung gonorrhoischer Komplikationen mit Mirion 352.
Brüning, Das neue Wundstreupulver „Albertan“ 102.
Brunner, Behandlung der Metasyphilis nach Gennerich 676.

Digitized by Google

Brunner, Behandlung der Furunkulose und anderer bakterieller Hauteiterungen mit Staphylokokkenvakzine 730.
Brütt, H., Üble Zwischenfälle bei der Pyelogrophie 21.
— Zottengeschwülste des Nierenbeckens 22.
Bruusgaard, Haematogenous Infection in Trichophytie 645.
Bryant, William Cullen, Abszeß der Niere 67.
v. Büben, Thermopenetration der Blasenerkrankungen 369.
Bucki, Ziele und Grenzen der Röntgentherapie 451.
Bucura, Gonorrhoe bei Frauen und Behandlung 350.
Budai, Injektionsphlegmonen 450.
Buerger, Nichtoperative Behandlung von Ureterensteinen 122.
— Radiumapplikation mittels Zystoskopes 470.
Buerkmann s. Strauß.
Bukler, J., Erythema multiforme der Schleimhäute 65.
de Buman, Basalzellenepitheliom 290.
Buquicchio, Gummen an Stelle von Hg-Injektionen 423.
— Hydroa vacciniformis 423.
Burbi, L., Skabiesbehandlung mit Mitigal 186.
Bürgi, Therapeutische Wirkung des 426.
Bürkmann, Blastomykose 176.
Burmeister, Unspezifische Protoplasmainaktivierung, besonders Kalziumtherapie 707.
Burnier s. Jeanselme.
— und Rejsek, Multiple Tumoren des behaarten Kopfes 550.
— — Dariersche Krankheit 550.
Burrows, Plastik der Sattelnase 471.
Busacca, Basalmembran zw. Epidermis u. Kutis 288.
Busch s. Ahlswede.
Buschke 15.
— Leukoderm nach Pityriasis rosea 15.
— Syringozystadenom 15.
— A., Kantharidenblasen 50.
— 208.
— Ulcus phagedaenicum, Berichtigung zur Arbeit Fischel usw. 330.
— Einfluß toxischer Exantheme auf den Ablauf der Syphilis 663.
— und Harry, Färbung von Gonokokkenkulturen u. -Vakzine 350.
*— — Sporulationsfähigkeit von Hefen 357.
— und Jacobsohn, Thalliumwirkung 76.
— und Kroó, Rekurrens, experimentelle 218.
— — Über Immunität bei Rekurrens und Beeinflussung durch Salvarsan 405.
— — Histologischer Nachweis von Spirochäten im Gehirn bei experimenteller Rekurrens 669.
*Buschke, A. u. Langer, Erich, Hyperkeratotische Exantheme bei Gonorrhoe 145.
— — Proteinkörpertherapie in der Dermatologie und Venerologie 447.
— — Komplikationen und Heilungen subakuter Leberatrophie bei Syphilis 681.
— und Peiser, Wirkung des Thalliums auf das endokrine System 144.
— — Beeinflussung d. endokrinen Systems durch Thallium 734.
— — Weitere experimentelle Ergebnisse über endokrine Störungen durch Thallium 533.
*— und Sklarz, Lichen-ruber-ähnliche Salvarsanexantheme, Lichen ruber, lichenoide Disposition uud einige Konstitutionstypen der Haut 517.
Buschmann s. Glaser.
Busmann, Bösartige Endotheliome mit Hautbeteiligung 637.
Busse, Gewebskulturen 26.
Busson, Bruno, Proteinkörpertherapie 72.
— Ursache der Ozäna 744.
Buzello, Pyogene Blutinfektion 730.

Cabassi, Fixe Exantheme nach Neosalvarsan 421.
Cady und Trotter, Ringelhaar 204.
Mc Cafferty, Lichen-planus-Ausschlag nach Salvarsan 636.
— Behandlung der Alopezie 654.
Cailliau s. Hudelo.
— s. Rabut.
Cairus, Fall von Ritterscher Krankheit 728.
Campbell, Aortitis, mit besonderer Berücksichtigung der syphilitischen 664.
Cange und Argaud, Die syphilitischen iuxtaartikulären Nodositäten 664.
Caminopetros, J. s. Blanc.
Capelli, Jader 28.
— Über Sarcoma idiopathicum 422.
— Serologische Untersuchungen bei Lepra 423.
Carabellese, Neosalv.-Cyarsal 292.
Caraven und Lourdel, Blasensteine, Prostatektomie 179.
Carle, Prophylaxe in Marokko 308.
— Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in Marokko 695.
— Syphilitische Reinfektion 304.
Carol, Veränderungen des elastischen und kollagenen Gewebes 646.
Carrien, Salvaneschische Methode für Orchitiden bei Mumps 690.
Caruthers 472.
Caspari, Theoretisches zur Strahlenwirkung 713.
Casper, Kursus der urologischen Diagnostik und Therapie 355.
— Pyelonephrolithotomie 642.

Digitized by Google

Casper, Diagnose und Behandlung der Blutungen aus dem Harnapparat 687.
— Diagnose und Behandlung der Hoden- und Nebenhodenaffektionen 690.
Cassel und Lilienthal, Ambulante Behandlung der weiblichen Gonorrhoe 686.
Castellani und Wilkinson, Trichomycosis flava, rubra, nigra 222.
Castle, Epidermolysis bullosa 529.
Cathcart s. Stokes.
Cattani, Deformitäten der Lippen und ihre Korrektur 720.
Cattneo, Behandlung der Trichophytie 422.
Cemach, Quarzlampe für otorhinologische Zwecke 718.
Cesari, Pemphigus vulgaris, Fall 423.
Cestan und Riser, Hyperalbuminose der Gehirnrückenmarksflüssigkeit 238.
Chatellier, Purpura nach Salvarsan mit tödl. Hämorrhagie der Mundschleimhaut 548.
— s. Audry.
Chatin 472.
Cheinisse, Behandlung des weichen Schankers mit Serum u. Vakzine 349.
— Sind intravenöse Kampferölinjektionen unschädlich? 445.
— Behandlung des Milzbrandkarbunkels beim Menschen 531.
— Heilt das Quecksilber die Syphilis? 676.
Chiandino, Prostataabszeß 369.
Chipmann, Erfordernisse und Pflichten der Dermatologie 696.
Chiririno 332.
Christidi, Entwicklung der Syphilis im Verlauf der Jahrhunderte 662.
Christopherson, Leishmaniosis der Haut, Lupus-vulgaris-ähnlich 528.
Chrzelitzer, Hämaturie nach Appendizitis 124.
Cimino, Neoplasmen vortäuschende Entzündungsformen der Blase 369.
Ciminata, Freie Muskeltransplantation in die Nephrotomiewunde 122.
Cirillo s. Pane.
Citron, Zur Gewinnung der Wassermann-Substanz 265.
— Salvarsanfragen 331.
De Claret und Brugairolles, Vergleichende Untersuchung der Wassermannschen und kolloidalen Reaktionen 672.
Clarke, Molluscum contagiosum 513, 527.
Cohen und Dourmashkin, Chronische Cowperitis 644.
Cohn, Theodor, Nephrektomie 120.
Colmers, F., Hydronephrom 20.
Colmann, Syphilis, Frühdiagnose 244.
Colombet s. Negro.
Combier und Murard, Abszesse der Zunge 742.
Conrad, A. H. und Mc Cann, C. H., Sublimat intravenös bei Syphilis 66.
Conti, Totalexstirpation in der Behandlung der Karbunkel 140.
Cooke, Ätiologie und Behandlung der Ammoniakdermatitis des Gesäßes beim Säugling 124.
Corlett, Lepra auf den Hawaii-Inseln 636.
Mac Cormac, Fall von Acne agminata 527.
— Zwei Fälle von chronischem Erythem der Beine 527.
Cornaz, Syphilis, Reinfektion 244.
Cornil s. Lhermite.
Corson, E. F. und Knowles, F. C., Herpes zoster 41.
— s. Sidlick.
Cosasesco, A., Blasenhypoplasie 68.
— Blasensyphilis 70.
Cosbie, Abort und Kindersterblichkeit bei Lues 668.
Cottenot s. Lévy-Franckel.
Couvreux, Gonorrhoe und Schwangerschaft 350.
Cowen-Detroit, Chaulmoograöl bei Nierentuberkulose 348.
Crambes s. Decrop.
Crha, Salvarsan 221.
Cristol, V., Anormale Einmündung des Rektums in die Blase 69.
Crohn, Neue Arzneimittel und Präparate 707.
Crosti, Generalisierte Sarkomatose der Haut 400.
— Ätiologie des Esthiomène 422.
Crowell, Behandlung von Abdominalschmerz nach Ureterunwegsamkeit 692.
Crozer Griffith, Xanthoma tuberosum, Diabetes insipidus 162.
Cruthfield, Sporotrichosis 640.
Csáki, Farbstoffbildende Fermente bei Melanosarkomatosis 734.
Culver, G. D. s. Montgomery 41.
Czepa, Behandlung des Erysipels mit Quarzlampe 141.

Dalché, Syphilis und Metrorrhagien 246.
Danel, L., Granuloma anulare 46.
Darier, J. und Ferrand, Marcel, Stachelzellenkarzinom 63.
— Civatte, Mallein usw., Handbuch der Dermatologie 492.
Davis, Epidermolysis bullosa 527.
— Fall von Sklerodermie 528.
— Fall von Angiokeratom 528.
— und Garcia, Über einen pathogenen, säurefesten Aktinomyzeten 638.
— und Pilot, Fusiforme Bazillen und Vincents Spirochäten 403.

Digitized by Google

Dax, Nierentumor durch Ureterenabschnürung 373.
— Heilung eines Peniskarzinoms durch Emaskulation 356.
Day, Curtis R., Haarnadel in der Blase 67.
— Fulguration bei Hautleiden 241.
Decron und Salle, Erythrodermie nach Salvarsan 46.
Decrop und Crambes, Dreifacher, extragenitaler Schanker 308.
— und Salle, Verallgemeinerung der Syphilis trotz energischer Salvarsanbehandlung in seronegativer Primärperiode 441.
Dehn, O. v., Zwergwuchs, hypophysärer 162.
Deelmann, Teerkrebs, Bedeutung zur Krebsfrage 164.
— Pigmentlose Geschwülste 646.
Degkwitz, R., Scharlachproblem 186.
Delbanco, Hydroa aestivale 285.
— Erythema multiforme der Mundschleimhaut 285.
— Tuberculosis cutis verrucosa 285.
— Pili anulati 285.
— Sklerodermie 285.
— Rhinophym 285.
— Sarkoid 285.
— Lupus pernio 285.
— Dermatitis herpetiformis 285.
— Fox-Fordycesche Krankheit 285.
— Syringozystadenom 284.
— Milchsäurenährboden für Gonokokken 345.
— Kartenblattförmige Sklerodermie 510.
— Morbus Recklinghausen oder umschriebene Atrophien 511.
— Angiome 511.
— Dupuytrensche Kontraktur 511.
— Gummöse Prostatitis auf alter Blennorrhoe 511.
Delater s. Rieux.
Delgaude s. Giroux.
Dembo s. Litchfield.
Demjanowitsch, Krätzebehandlung 747.
Desaux, Beauxis-Lagrave, Boutellier und Barbier, Leberstörungen bei der Pathogenese der Arsenobenzolerytheme 680.
Dessauer, Friedrich, Röntgentiefentherapie 79.
Deussing, Ätiologie der Impetigonephritis 725.
Deutsch, Röntgenbehandlung der latenten Gonorrhoe 686.
Dieter und Sung-Sheng, Anatomie und Physiologie der Kapillaren am Nagelwall 402.
Dietrich, Zwischenzellen bei Hodenteratom 371.
Dimmel, H., Trypaflavin 74.
Dixon, Purpurabehandlung mit Menschenblutinjektionen 721.
Dittrich, Spontane Blasenrupturen 369.
Dobrow, Psoriasis vulgaris mit Ichthyosis nitida 326.
— Pityriasis lichenoides chronica 326.
Doerr und Berger, Beziehungen der Encephalitis epidemica zum Herpes febrilis und zur Influenza 495.
Dohi und Hashimoto, Phlebitis tuberculosa, nodosa 202.
Dolan s. Turtle.
Domarus, Taschenbuch der klinischen Hämatologie 514.
Mc Donagh, Mangan als chemotherapeutisches Mittel 641.
Donald, Wassermann-Mikrotechnik 513.
O'Donovan, Gewerbedermatitiden 449.
— Schuppenzellenkrebs des Gesichts 528.
Dore, Fall von Lichen planus und Syphilis 527.
— Parakeratosis variegata bei einem 60jähr. Manne 527.
— Fall von atrophischem Lichen planus bei einer 40jähr. Frau 527.
— Fall zur Diagnose 529.
Dorn, Die diphtherischen Wundinfektionen 103.
Douchan, Geschlechtskrankheiten in der serbischen Armee während des Krieges 306.
Dourmashkin s. Cohen.
Drachter, Neue Operationsmethode der angeborenen Harnblasenspalte 688.
Drahn, Fritz, Durchtränkungsmittel für histologische Objekte 27.
Dressler, Wilhelm, Acne conglobata und Tuberkulid 93.
Dreuw, Die Gegner der Quecksilberbehandlung 674.
— Theoretisches und Praktisches zur Syphilistherapie 674.
— Salvarsanlose Behandlung d. Syphilis 674.
Dreyfus, Neosilbersalvarsan bei Neurolues 310.
— Frühsyphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems 246.
Drouet, Toxische und hämoklastische Purpura 721.
Dubreuilh und Joulia, Eryseploid 490.
— Über Ulcus rodens cysticum 546.
Dudgeon und Mitschiner, Speicheldrüsen und Karzinom 652.
Dupasquier, D. s. Nicolas.
Dupont, Robert, Blasenkrebs 177.
Durop und Salle, Syphilitische Aneurysmen 263.
Dyson, Fall von lymphoblastischer Erythrodermie 527.

*Ebel, Otto, Einzeitig kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung 109, 158,
*— Einzeitig kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung nach Linser 133.

Digitized by Google

Ebstein, Geschichte des Katheterismus 240.
Eckert, Erfolgreiche Behandlung der Aktinomykose mit Yatren 655.
Eddowes, Hydroa aestivale bei Zwillingen 532.
Eggers, Chirurgie der Hufeisenniere 122.
Egyidi und Lehner, Budapester derm. Monatsschrift 292.
Ehlers, Krätzeschnellkur 185.
Ehrmann 516.
— Zusammenhang innerer Krankheiten mit Hautkrankheiten 704.
— Resorzin in der Dermatotherapie 709.
— und Falkenstein, Lupus erythematodes 635.
Eichelbaum, Therapie der Epididymitis und Funikulitis durch den Praktiker 353.
Eichenlaub s. Hazen.
Eicke, Differentialdiagnose und Behandlung der juckenden Hautkrankheiten 724.
Eisdorfer, Therapie des Lupus erythematodes 535.
Eitner, Korrektur breiter Nasenspitzen 225.
— Anlegen und Verkleinern abstehender Ohren 720.
Ekehorn, Gustaf, Behandlung der durch anormale Nierengefäße verursachten Hydronephrose 18.
Eliascheff, O., Syphilis des Zwischenkiefers 43.
Eliot, Symptome und Diagnose der Nierensteine 691.
Ellinger s. Berg.
— und Gans, Biologische Röntgenstrahlenwirkungen. I. Steigerung und Abgrenzung der Wirkung 714.
Embden, Behandlung der Pernionen und der chronischen Erfrierungen mit Schilddrüsenpräparaten 102.
Engel, Behandlung der Lepra mit dem Äthylester des Chaulmoograöls 660.
Engelbrecht, H. v., Uretersteine 20
Engelhardt, Zuverlässigkeit der WR 669.
Engelen, Epididymitis bei Grippe 690.
Engman 748.
Epstein, Ernst 208.
Erb und Wigand, Varietät des Aktinomykoseerregers 747.
Erdmann, Praktikum der Gewebepflege oder Eplantation 514.
Erickson s. Friedländer.
Ernet s. Lortat.
*Eschweiler, Behandlung des Lupus der Nasenschleimhaut 38.
Esch und Wieloch, WR bei Schwangeren und Neugeborenen 266.
Esser, Hautbeschaffenheit aus Mamma, Präputium usw. 98.
— und Aufricht, Operativer Ersatz der Ohrdefekte durch „Epitheleinlage“ 472.
Evard, Wismut bei Nervensyphilis 304.
*Evening, Nourneys Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten 36.
Ewald, Elastin 698.

Faber und Schussler jr., Leishmaniosis in den Vereinigten Staaten 732.
*Fabry, Keloide, spontane, annuläre, bei Geschwülsten u. Molluscum contagiosum, Behandlung 229.
— Therapeutische Erfolge der Sulfoxylatsalvarsanbehandlung der Syphilis 678.
— und Wolff, Neosilbersalvarsan u. andere Probleme der Salvarsanbehandlung 330.
Falb, Payrsche Pepsin-Jodlösung zur Narbenerweichung 738.
v. Falkenhausen, Pathogenese des Salvarsanikterus 681.
Falkenstein s. Ehrmann 635.
— Granuloma pediculatum 633.
Faragó, Siegmund, Blasenlues 19.
— Zwei Fälle von Blasensyphilis 665.
— Purpura vesicae haemorrhagica 689.
Fassina, Moderne Syphilistherapie 270.
Favento, Todesfall nach Neosalvarsan 420.
Fedder, Idrabaryum, ein neues Kontrastmittel 718.
Fedoroff, Feste Nierentumoren und ihre chirurgische Behandlung 123.
— Nephroptose, Klinik und Behandlung 642.
Feit, Pityriasis rosea bei Syphilitikern und Herxheimersche Reaktion 140.
Felber, Perineale Operation der Prostataabszesse und -steine 122.
Feldmann, S., Lichen planus bei Ehegatten 39.
— Ulzeröses Syphilid 329.
— und Ochs, Kal. permang. bei Hautleiden 204.
Felke, H., Refraktäre Syphilis 96.
— Wismutbehandlung bei Syphilis 512.
— Pferde- und Rinderherz zur Herstellung von Extrakten zu Flockungsreaktionen 671.
Feilchenfeld, W., Maul- und Klauenseuche am Auge 184.
Fernbach, Akute gelbe Leberatrophie, Malaria und Salvarsan 681.
Ferrand, Marcel s. Darier.
Férond s. Lévy-Bing.
Fessler, Julius, Brustdrüsenkrebs beim Mann 182.
Ficker s. Wassermann.
Filadoro, Labyrinthitis bei Lues II 423.
Filippi, Über Azitetramin 692.
Finger, Ernst 208.
Fink s. Seneav.
Finkelstein, Atypischer Verlauf experimenteller Syphilis 326.
— Antiformin bei Kulturen der Haarpilze 328.

Digitized by Google

Fischel, Idiopathische Hautatrophie 439.
Fisher s. Knowles.
Fischer, H., Zur Nävusfrage 94.
— — Faltenbildung der Haut 290.
— — Therapie der Stauungen in den unteren Extremitäten und ihrer Folgen 722.
— Oskar, Phlogetische Therapie der Metalues u. neues Mittel dafür 348.
— Boecksches Sarkoid 439.
— A., Operation der Hypospadie 688.
Fischl, Diagnostische und therapeutische Irrtümer. II. Kinderheilkunde, Tuberkulose, Syphilis 754.
Fiser, Gonorrhoe, Protein- und Vakzinetherapie 221.
Fitschen s. Meyer 700.
Flaskamp, Röntgenschädigungen, ihre zivil- u. strafrechtlichen Folgen 471.
Fleischer, Über Hautparästhesien 721.
Flesch, Geschlechtskrankheiten, Anzeigepflicht, offener Brief an Roeschmann 424.
Flörcken, H., Operation der skrotalen Hypospadie 18.
Foggie, Ichthyosis congenita 530.
Fol und Jaeger, Creeping Disease 656.
Fonseca, Urinfisteln 69.
Fönss, Arsenkrebs und über andere kutane Arsenwirkungen 633.
Fontana 332.
— Färbung der Spirochaeta pallida mit Arsenobenzolen 421.
Forssmann, Praxis der Wassermannschen Reaktion und Sachs-Georgi 645.
Forster, Entsteht bei der Mischspritze kolloidales Hg? 272.
— Erfolge mit Thorium-X-Salbe 446.
Förster, Gonorrhoe als Ursache von Entzündung der Tuben und Ovarien 351.
v. Foucar und Stokes, Wirkung antisyphilitischer Behandlung bei schwerer Anämie 673.
Fox, Fall von Syphilis bei einem Manne 527.
— Zwei Fälle von Orientbeule 532.
— Framboesia tropica in den Vereinigten Staaten 637.
— Schmerzstillung durch Paraffin bei Gürtelrose 724.
Fraenkel, E., Roseola paratyphosa, Erwiderung 188.
— Zur Theorie der zellfunktionserhöhenden Röntgenstrahlen 450.
Fraenkel, Über die innere Sekretion der Keimdrüsen und ihre praktische Nutzanwendung 532.
— Einfache Sporenfärbungsmethode 698.
— Plaut-Vinzentsche Angina 744.
Francesco, Hepatitis syphilitica 245.
Franceschini, Instrument zur Blutentnahme 422.
Frangenheim, P., Behandlung der Inkontinenz der Blase 19.
Frank, Behandlung der gonorrhoischen Endometritis und Adnexitis 307.
— und Glas, Über Hydronephrose 122.
Franke, Behandlung der Oxyuren 374.
Franke, Entfernung des abgebrochenen Katheters durch Ausmelken 688.
— Behandlung der Hydrozele 690.
— Erkennung regionärer Krebsrezidive in der Haut 739.
Franz, Sensibilität der Haut nach Durchschneidung des Nervus intercostobrachialis bei Mammaamputation 705.
Fraser, Favusähnliches Kopfhaar bei Syphilis der Eingeborenen Südafrikas 222.
— Übermangansaures Kali bei Pocken 755.
Frei 332.
*— und Tachau, Lichen-ruber-artige Salvarsanexantheme 252, 289.
Freund, H. und Gottlieb, R., Reiztherapie 52.
— s. Meyer.
— Urticaria pigmentosa 420.
— Über Afenil und Natr. silicicum bei Pruritus senilis 420.
— Rezidive von Piedra nostras 420.
— Gefäßsyphilis des Gehirns 666.
Frieboes, Walter, Epidermale Basalmembran 93.
— — Biologische Funktionen der Epidermis 97.
Fried, Kohlenbogenlichtbehandlung bei Lupus vulgaris und chirurgischer Tuberkulose 662.
Friedemann, Ausbreitung der tropischen Malaria und Beziehungen zum Salvarsan 681.
— Fr. Tr., Heilimpfung der Aktinomykose 747.
Friedenthal, Jodtherapie und Jodmangel 427.
Friedländer u. Erickson, Über Lungensyphilis 664.
— Behandlung des Fluors mit Thyoparametron 693.
*Friesleben, Septikopyämie, vom Penis ausgehend 192.
Froemsdorf, Behandlung der Polyarthritis gonorrhoica mit Meningokokkenserum 353.
Fromherz, K., Lokalanästhetika 51.
Frühwald, V., Hängewange, Operation 98.
— R., Liquorbefunde bei primärer Syphilis 138.
Fuchs, Eigenartige Dyskeratose 290.
— Endolumbale Salvarsanbehandlung, Erwiderung auf Benedek 310.
— Gefahren der Abortivbehandlung der Gonorrhoe 351.
Fuentes, Schanker, Exsudat vom harten 204.

Digitized by Google

Fuhs, Herbert und Weltmann, Oskar, Ikterus bei Lues 94.
— — Lues der Nase 97.
— Lepra tuberosa 119.
— Psoriasis arthropathica 200.
— Narben nach Verbrennung 200.
*— Erfrierung, Behandlung mit H-Strahlen 293.
*— Röntgenbehandlung der Furunkulosis u. Hidrosadenitis axillaris 390.
*— s. Arzt.
Fürbringer, Funktioneller Aspermatismus 24.
— s. Schwalbe.
— Nachweis der Pyurie nach Donne 692.
Fürth, Hormontherapie 142.

Gäbert, Erich, Gaumenmandeln, Epithelverhornung 183.
Gaehtgens, Serodiagnose der Lues durch Ausflockung 267.
— Schlußbemerkung zur „Serodiagnose der Syphilis" 671.
Gager, Syphilisreinfektion 525.
Galewsky, Erfahrungen über Neosilbersalvarsannatrium 311.
Galliot, A., Exanthem nach Neosalvarsan 161.
— Kolloidales Wismut intravenös 349.
— Schwere Komplikation der Gonorrhoe und Vakzinebehandlung 351.
Galloway, Nachruf auf, Mac Leod 468.
— s. Nannag.
Gammeltoft s. Boas.
*Gans, Pathogenese der Achselhöhlenabszesse 318.
— Genese der Syringome 290.
— Gewebsatmung in der gesunden und kranken Haut 696.
— s. Ellinger.
Gänsslen, Max, Durchlässigkeit der Haargefäßwand 26.
— Blasenmethode-Funktionsprüfung auf Ödembereitschaft 722.
Garcia s. Davis.
Gardiner, Beschäftigungs-Dermatitis 223.
Gargano, Untersuchungen über Molluscum contagiosum 400.
Gärtner, Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch Geschlechtskranke 425.
Garzella, Ungewöhnliche Syphilis mit Neigung zu tertiären Formen 401.
Gaskill, Prokaindermatitis unter Zahnärzten 636.
Gastinel s. Teissier.
Gastou und Leredde, Bemerkungen zur Gelenksyphilis 546.
— und Pontoizeau, Pityriasis rosea von seborrhoischer Form mit vasomotorischen Störungen 444.
Gastou und Pontoizeau, Erythrodermie nach intravenöser Wismutbehandlung 444.
— — — Früh- und Spätikterus infolge Novarsenobenzol 448.
— — Tissot, Leishmaniosis des Gesichts 548.
Gassul, Transplantation von Explantaten aus erwachsener Froschhaut 406.
Gaté s. Nicolas.
Gaupp, Homosexualität 375.
Gaviati, Experimentelle Herpes-febrilis-Infektion 423.
Gawalowski, Puriglanduläre Dysfunktion mit einem neuen Symptom der Haut 398.
— Pemphigus vulgaris, neue Befunde 206.
Gay s. Kerton.
— und Rhodes-Berkeley, Experimentelles Erysipel 730.
Gaza, W. v., Hydronephrose des dreiästigen Nierenbeckens 21.
Gennerich, Pathogenese der Metasyphilis 246.
Georgi s. Sachs.
— Verwertbarkeit von Extraktsuspensionen zu serodiagnostischen Zwecken 672.
*Gerber, Therapeutische Mitteilungen 284.
Gerson, Karl, Lokale Anästhesierung 51.
Gestewitz, Zur Behandlung des Schweinerotlaufes beim Menschen 531.
Geyer, Blasenentzündung durch Paraffinklumpen 689.
Geyser, Homogene Röntgenstrahlen bei Hypertrichosis 241.
Ghigi, Mercurioveronal 421.
*Giemsa, Zur Wismuttherapie der Syphilis 523.
— Wesen der Giemsafärbung 699.
Gill, Einfaches Hilfsmittel zur Diagnose der Syphilis des primären Stadiums 669.
Gins, Variola- und Vakzineimmunität 756.
— H. A., Pockenkrankheit 47.
— — — und Weber, R., Maul- und Klauenseuche 184.
Gjorgjević, Georg, Quecksilbertoleranz 94.
*— Abortivbehandlung der männl. Gonorrhoe 335, 363.
— 748.
*— und Pavlović, Interne Behandlung der Ichthyosis 752.
Giroux und Delglaude, Wismutsalze in der Behandlung der Syphilis, Wismutstomatitis 683.
Glas s. Frank.
Glaser und Buschmann, Reiztherapie mit besonderer Berücksichtigung der Dosierung 448.
Glass, Tintenstiftgewebsnekrose 450.
Glassburg, Furunkel des Gehörganges 140.

Digitized by Google

Glusmann und Kandiba, Bakteriologische Blutbefunde bei Fleckfieber 659.
Goeckermann, Hautverfärbung infolge von Quecksilberverbindungen in Schönheitsmitteln 534.
— Eigentümliche Hautverfärbung durch Kalomelsalben 736.
Goerke, Tonsillen und Allgemeinerkrankungen 663.
Gohrbandt, Verhalten des Hodens nach Unterbindung der Vasa spermatica 690.
Golay, J., Rolle des Sympathikus bei Dermatosen 63.
— Mißerfolge der prophylaktischen Syphilistherapie 253.
— Sympathikuserkrankung und Dermatosen 239, 240.
— Pseudoleukämie bei Syphilis 245.
— und Benveniste, Arsenobenzole und hämoklastische Krise 304.
— Tödlich endender Fall von Spätikterus nach Arsenobenzol 491.
Goldberger, Beziehung zwischen Diät und Pellagra 142.
— Periphere Fazialislähmungen der Luetiker 667.
— und Tanner, Aminosäure als ätiologischer Faktor von Pellagra 733.
Goldblatt, Einfluß der Quarzlampe auf das Wachstum der Ratten, deren Nahrung Vitamin fehlt 719.
Goldenberg, Operation von Harnröhrendivertikel 355.
Gonin, Spirochätentötende Kraft einiger Arzneimittel 647.
Goodman, Unterschenkelgeschwür, Differentialdiagnose 204.
— H., s. Paronnagian.
— Granuloma inguinale 526.
— Rhinosklerom 531.
— Venerisches Granulom 683.
— Stirngumma mit scherender Flechte 746.
Goodwin, Alopezia areata und Strabismus 654.
Gorke, Tuberkulöse Abszesse der Haut 226.
Görl und Voigt, Ponndorf-Impfungen bei verschiedenen Hautkrankheiten 708.
Goté und Bertoye, Zwei Fälle von Dyskeratosis follicularis vegetans (Darier) 140.
Gottlieb, R., s. Freund.
— Perkutane Tuberkulosebehandlung 228.
Gottfried, Zysten, Polypen und Papillome der Urethra 122.
Gottschalk, Umstimmung des Zellstoffwechsels 703.
Götz, Weichbrodtsche „einfache Liquorreaktion" 268.
Goubeau, Weicher Schanker, Behandlung 161.
— Schankröse Fisteln 647.
Gougerot und Blum, Akuter schankröser Bubo; Spätbubonen 648.
Gowan, Prostatismus, Pseudosymptome 240.
Graham, Röntgenbehandlung der Trichophytie 451.
Grauhan, Max, Pyelographische Befunde bei Nierenerkrankungen 21.
Grawitz, Abortiver Abbau des fibroelastischen Gewebes der Haut 402.
Greenbaum, Impfung und Komplementbindung bei Pompholyx 637.
Greenwood, A. M. und Lawless, Th. K., Hämangiosarkom 65.
Gregor, Sporotrichosis 655.
Gregory, Verjüngungsversuch mit Transplantation von Hoden einer Leiche 691.
Greif, Gumma der Glans penis 176.
Grenet, Erworbene Syphilis bei Kindern 246.
Griesbach, Künstliche Erzeugung von Anidrosis bzw. Oligoidrosis 99.
— Aneurysma der Aorta ascendens als Mediastinaltumor imponierend und bestrahlt 511.
Griffith, Endotheliom der männlichen Brustdrüse nach Verletzung 739.
Grimberg, A. und Uzan, M., Pyocyaneus-Urethritis 180.
— Vakzinetherapie des Trippers 352.
Grintschar, Acrosarcoma haemorrhagicum 325.
— Lepra 327.
Grön, Hypodermiasis 223.
Groß, Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Thymusextrakt 516.
— Prophylaxe der Scharlachnephritis 657.
Grosser und Keilmann, Bewertung diagnostischer Hautreaktionen bei Säuglingen 403.
Grossmann, Karzinom und Bronzefärbung der Haut 534.
— Physik der Röntgenstrahlen und Apparate zur Tiefentherapie 718.
Groth, Theorie der Immunität bei Variola und Vakzine 756.
Grotjahn, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Überwachung der Prostitution 401.
Grulee und Rose, Behandlung der Säuglingsfurunkulose 530.
*Grütz, Zur Kultur der Dermatophyten auf deutschen Nährböden 568.
Guarini, Röntgenbehandlung der Trichophytien 501.
Gulecke, Prostatektomie 20.
Günther, Grundlagen der biologischen Konstitutionslehre 470.
— Malaria und Erythema-nodosum-ähnliche Hautaffektion 723.
*Guszman und Pogány, Behandlung der Syphilis mit Bismut 125.

Digitized by Google

Gutmann, Ikterus bei Syphilitikern 139.
Gutierrez, Framboesia tropica 204.
Guttmann, Sezernierende Milchdrüsen der Achselhöhlen 27.
— Tuberkulid, annuläres 175.

Haas s. Szondi.
— Röntgenhypersensibilität der Haut, besonders bei innersekretorischen Störungen 451.
Haase, Hall und Marshall, Örtliche Blastomykose 655.
Haberern, Jonathan P., Schußverletzungen der Harnblase 21.
Haberfeld, Malignes Lymphdrüsengranulom mykotischen Ursprungs in Südamerika 651.
Haberland, Epithelisierungsversuche mit Röntgenstrahlen 716.
Häbler, Karzinomentwicklung auf dem Boden eines Atheroms am Ohr 740.
Hachez, Epidermolysis bullosa hereditaria 330.
Haebler, Nervöse Versorgung der Nierenkelche 123.
Haeger, E., Beleuchtung für Röntgenzimmer 78.
Hagiwara s. Hashimoto 203.
Hahn, Psoriasis der Mundschleimhaut 285.
— Mycosis fungoides 285.
Halberstädter, L., Röntgenstrahlen von der Rückseite der Antikathode 80.
— — und Meyer, P. S., Röntgenstrahlen und Bakterien 79.
— — — Wolfsberg, O., Röntgenstrahlen und vitale Färbbarkeit 79.
Halbreich s. Öttinger 207.
Hall s. Haase.
Hallez, Strophulus bei kleinen Kindern 100.
— Herpes zoster und Varizellen 496.
— Kongenitale Syphilis des Neugeborenen und des Säuglings 668.
Hallows, Bekämpfung des Ekzema marginatum 747.
Hammacher, Onycholysis 176.
Hammerschmidt, Komplementkonservierung 270.
Handfield, Tuberkulöse Erkrankungen der Zunge 743.
Handley, Periarterielle Alkoholinjektion in der Behandlung der senilen Gangrän 494.
Handowsky, Hans, Arzneiwirkung und Giftempfindlichkeit 77.
Hannay, Fall von Sklerodermie 529.
Hannemann, Über Neosilbersalvarsan 678.
Hanns, A. und Weiss, A., Adenogenes venerisches Geschwür 43.
Hanzlik s. Ruh.
Hardaway 312.
Harnier, Lupus der Schleimhaut 207.
Harper, Behandlung und Prognose der Lepra 660.
Harrier s. Levaditi.
Harris 408.
Harrison, Behandlung des Lupus erythemathodes mit Diathermie 535.
— Pathogenese der Xanthomatosis 641.
*Harry s. Buschke.
— Behandlung des sekundär infizierten Ulcus cruris varicosum unter Berücksichtigung des biologischen Verhaltens der Bakterien 100.
*— Zur Kenntnis der glatten Trichophytien 500.
— Spontan rezidivierende Salvarsanexantheme 633.
Hartmann-Keppel, Chylurie 70.
Haschez, Serumhitzekoagulation des Blutes 673.
Haselhorst, G., Scharlach-Auslöschphänomen 187.
Hashimoto s. Dohi 202.
— Erythema solare 203.
— und Hagiwara, Dermatitis durch Nachtschmetterling 203.
Hauberrisser, Quellbarkeit normaler und entzündeter Mundschleimhaut 652.
Hauck, Leo, Behandlung der Geschlechtskrankheiten 70.
Haupt s. Blumenthal.
Hauptmann, Biologische Probleme der Nervensyphilis 665.
Hausel s. New.
Hausser 748.
— K. W. und Vahle, W., Lichterytheme 97.
Haustein, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Norwegen 425.
Hawkins, Pyogene Nephritiden 240.
Haxthausen, Gummöse Ostitis bei zwei Monate altem Säugling 492.
v. Hayek und Wieser, Wirkungsweise des Tuberkulins 227.
Hayn, Merlusan bei Syphilis- u. Gonorrhoetherapie 347.
Hazen, Hautkrankheiten 225.
— und Eichenlaus, Leukoplakia buccalis 744.
Hearn, Resultate der Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems 675.
Hecht, Beurteilung der WR 265.
— Farbenkolloide im Dienste der Serologie 268.
— Behandlung kallöser Unterschenkelgeschwüre 633.
— Technik der Kohlensäureschneebehandlung 633.
Hedén, Vergleich zweier verschiedener Extrakte bei Wassermannscher Reaktion 398.

Digitized by Google

Hedén, Blutsuspension und Körpergewicht während d. antisyphilitischen Behandlung 645.
Hedinger, Intimafibromatose der Venen 705.
van Heelsbergen, Kuhpocken beim Menschen durch Stomatitis pustulosa contagiosa equi 755.
Heermann, Stomatitis mercurialis, Verhütung 272.
Heestermann, J. L., Gewerbehygienische Öluntersuchungen 77.
Heffter, Salvarsan und die Maximaldosen 310.
Heidler, Kasuistik der Ichthyosis congenita 729.
Heidrich, Chirurgie der Mundschleimhautkarzinome 740.
Heilbron, L. G., Neue Röntgenröhre 79.
Heimann s. Schenk.
— Hautveränderungen nach Intensivbestrahlung 717.
Heinburg, Katheterdroßler 121.
Heinrichsdorff s. Kaufmann-Wolf.
Herb, Ferdinand, Trauma und Syphilis, Komplementfixation 67.
d'Herelle, F., Bakteriophage und Immunität 71.
Heiser und Leach, Kuhpockenimpfung auf den Philippinen-Inseln 658.
Heissen, Klinik der einfachen Akroparästhesien 494.
Helbe, Tierfell-Nävus 535.
Helger, Morbus Addison 285.
Heller s. v. Szily.
— Multiple, primäre Hautsarkome 237.
Helouin, Ausflockungsreaktion von Vernes 267.
Helmholz, Arzneimittelbehandlung bei Nierenbeckenentzündung 692.
Helmreich und Schick, Über die Ursache des negativen Ausfalles der Diphtheriehautreaktion bei maligner Diphtherie 516.
Hempel, psoriasiforme Syphilis 326.
— Epithelioma cysticum 328.
Hendi, Zia-Eddin 452.
Henius, Dosierung des Novasurols 676.
Henneberg, Tabes, Therapie 271.
Henry, Robert s. Béclère 177.
Herb, Bedeutung der Luetinreaktion.
Herbeck, Yatren in der Gonorrhoebehandlung 352.
Hering, Impetigonephritis 515.
Hermel, Spirochätenbefund bei atypischen Paralysen 667.
Herold, Heutige Stand der Pigmentfrage 734.
Herrmann, Letale Genitalblutung bei Purpura haemorrhagica 472.
— Luminalexanthem 713.
Herrold, Ring- oder Kontaktfällungsprobe der Syphilis 672.
Hertzler, Melanoblastom des Nagelbettes 637.
Herxheimer, Schleimhautlupus 176.
— Laryngofissur, Röntgenbehandlung 176.
— Keloid, Röntgenbehandlung 175.
— Ichthyosis simpl. bei Schwestern 176.
— Akute gelbe Leberatrophie 331.
— und Koppenhöfer, Dermatitis reticularis 291.
Herzog und Roscher, Hämatologische Untersuchungen bei experimenteller Kollargol- und Salvarsanvergiftung 680.
Hess, Neosalvarsan-Cyarsalkur 308.
— Aktive Syphilis und positive WR 248.
Hessberg, Augenlues 667.
Heuer, G., Einfluß ultravioletter Strahlen auf Antikörper 28.
Hewins, Warren W. und Acre, Robert R., Sulfarsenol 67.
Heymann, B. und Strauss, W., Virulenzsteigerung säurefester Saprophyten durch Tierpassage 28.
— Anurie bei angeborener Einzelniere 121.
Heyn, Ulcus molle 440.
Highman, Präkanzeröse Dermatosen 554.
— und Rulison, Röntgenbehandlung bei Hautleiden 205.
— — — Pityriasis rosea 639.
Hilgermann, R. und Krantz, W., Vakzinetherapie 52.
Hill s. White.
Hillel, Beitrag zur Tastlähmung 721.
Hine, Serologische Einteilung der Staphylokokken 700.
Hintze, Karzinomrezidive der Mamma nach Röntgenbestrahlung 556.
Hirsch, Röntgenkater und -kachexie 717.
— Problem des Röntgenkaters 718.
— P. und Liebers, M., Einfluß der Inaktivierungserwärmung auf Meerschweinchenkomplement 28.
Hirschheimer und Born, Teerbehandlung von Hautkrankheiten 709.
*Hodara, Behdjet, Sureya, Hauterkrankung durch Gerstenpollen 209.
Hoffmann, Immunitätserscheinungen bei den tropischen Spirochätenkrankheiten 404.
— Erregung und Lähmung tierischer Zellen durch Röntgenstrahlen 715.
— Erich 208.
— — Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten 648.
— Viktor, Erregung und Lähmung tierischer Zellen durch Röntgenstrahlen 79.
Hofmann, Blasenfremdkörper 642.
— Karl Berthold 28.
— Edmund 292.

Digitized by Google

*Hofstadt, H. s. Mayr 165.
Hohlfelder, H., Röntgenbehandlung maligner Tumoren und äußerer Tuberkulose 181.
Holländer s. Schreus.
Holler, Syphilis des viszeralen Nervensystems mit Geschwürsbildung 245.
Holmgren, Achseldrüsen des Menschen 697.
Holthusen, Blutveränderungen durch Röntgenbestrahlung 715.
— und Koppel, Knochenveränderungen bei partiellem Riesenwuchs 734.
Holzer und Schilling, Hautreaktion nach Groer-Hecht im Vergleich zur Tuberkulinreaktion 661.
Holzknecht, Häufigste Ursachen und Vermeidung von Röntgenschädigung 717.
— Dosierungstabelle für die Röntgentherapie 755.
Honegger, Prostatahypertrophie 220.
Honigmann, Behandlung der von den Händen ausgehenden Wundinfektionen der Ärzte 102.
Höpener s. Klotz.
Hopmann, Syphilis, Spätfolge, Verschluß der Nasenhöhlen 244.
Horiuchi, Quinckesche Krankheit 203.
Hösch, Nekrotisierendes Erysipel an der Mamma symmetrisch lokalisiert 730.
Höst, Zur Technik der Bluttransfusion 448.
Hübner, Hämangiom der Blase 643.
— Kavernöses Angiom der Blase 689.
— Suprapubische oder perineale Prostatektomie? 691.
— und Marr, Alt- und Neosilbersalvarsan 330.
Hübschmann, Chelonin bei Hauttuberkulose 646.
Hudelo, Cailliau und Oury, Hidradenom 45.
— — — — Recklinghausensche Krankheit 45.
— Clément Simon und Richon, Wismutstomatitis und Erythrodermie 549.
— Richon und Cailliau, Basozelluläres zystisches Epitheliom des Gesichts 441.
— — — — Nicht kongenitale und nicht familiäre Erythrokeratodermie in symmetrischen Herden 442.
— — — — Lymphodermie mit Gefäßneubildungen 547.
— Sabouraud und Richon, Trichophytie des behaarten Kopfes bei einer Russin 549.
Hueck, Differentialdiagnose des Späteunuchoidismus und der Dystrophie adiposogenitalis 733.
Hügel, G., Lichen scrofulosorum 44.
— s. Pautrier.
Hülse, Ödempathogenese 722.
Hume, Einfluß der Quarzlampe auf Wachstum vitamin-frei ernährter Ratten 719.
Huntemüller, Anreicherungsverfahren zum Nachweis von Keimen im Harn 373.
Husler, Impetigonephritis 515.
Hutchins, Behandlung der Pilzerkrankung der Füße 637.
von der Hütten, Karzinom und Reizbestrahlung 555.
— — — Behandlung der kallösen Unterschenkelgeschwüre mit Unterspritzung 722.
Hutinel s. Jeanselme.
Hyman, Unilateral fused Kidneys 120.
Hyslop, Dermatologie und Nervensystem 696.

Jacobsohn und Sklarz, Pathogenese der Salvarsanschädigungen 331.
— s. Blaschko.
— Ulzeration, tuberkulösen Charakters, mit zimtsaurem Benzyl-Äther intramuskulär behandelt 549.
Jacobsthal, Zählung der Zellelemente der Lumbalflüssigkeit 28.
Jadassohn 208.
— Bemerkungen zu lichen-ruber-artigen Salvarsanexanthemen 261.
— Salvarsan-Heilung und -Schädigung 232.
Jaeger, Über die Natur des Ekzems. I. Teil 640.
— s. Fol.
— Neues Röntgenstrahlenmeßgerät 718.
Jähnke, Gustav, Brucksche Reaktion 33.
Jakob, Histopathologie der Paralyse und Tabes (Spirochätenbefund) 667.
Janet, Tripperbehandlung, Morgagnische Lakunen 178.
— Blennorrhoe, Behandlung 179.
— Jules, Blennorrhoe-Behandlung 180.
— Winke für Behandlung des Trippers 470.
Janssen, P., Intrarenale Aneurysmen 18.
— Außergewöhnliche Tumorbefunde an den oberen ableitenden Harnwegen 122.
— Urologische Röntgendiagnostik 355.
Japha, A., Hauterkrankung nach Kur gegen Oxyuren 77.
Jarecki, Purpura nach Neosalvarsan; Ätiologie der Encephalitis haemorrhagica 679.
Jeanbran, Anteil Frankreichs an Entstehung und Fortschritten der Urologie 644.
Jeanselme, Internationale Vereinigung gegen die Gefahren der Geschlechtskrankheiten 549.
— Favuseffloreszenzen der unbehaarten Haut ohne Skutula 549.
— und Blamoutier, Dermatitis nach Vesikans 62.

Digitized by Google

Jeanselme, Pomaret u. Bloch, Marcel, Aminoarsenophenol 46.
— und Bloch, Idiopathisches Abbrechen der Haare 549.
— Bourguignon und Lucas, Jean, Jodkali-Ionisation bei Sklerodermie 45.
— Burnier und Rejsek, Symmetrische Lymphome des Gesichts von leproidem Typus 444.
— — — — Sklerodermie en plaques 444.
— — — — Sklerodermie en plaques mit Dystrophie und Atrophie 550.
— Bloch, Marcel und Hutinel, Hautmykose, ausgebreitete, tierischen Ursprungs 550.
— Pomaret und Bloch, Marcel, Aminoarsenophenol bei der intramuskulären Behandlung der Syphilis 678.
Jefferies s. Weidmann.
v. Jency, Vertilgung der Nisse mit Antiforminlösung 748.
Jentz s. Paschen.
Jesionek, A., Tuberkuloseforschung vom dermatologischen Standpunkt 71.
— Skrofuloderma und tuberkulöse Immunstoffe 242.
Jess s. Seitz.
— Ulcus rodens vulvae 740.
Jessner, Trichophytonkultur 96.
— Dermatologische Heilmittel 552.
— Doramadbehandlung in der Dermatologie 446.
— Nagelmykose, neue Form 287.
— Schönheitsfehler und ihre Behandlung 493.
— Sporotrichose der Ratten 655.
Igersheimer und Schlossberger, Tuberkulose, Reinfektionsversuche 207.
Igewsky, Epidermolysis bullosa hered. 327.
Joachimoglu und Wada, Einfluß von Atropin und Pilocarpin auf die Antikörperbildung 700.
Joachimovits, Therapie entzündlicher Erkrankungen der Mucosa corporis et cervicis 693.
Joc und Smith, Vergleichende Arbeit über Kahn- und Wassermann-Reaktion bei Syphilis 637.
Joltrain s. Widal.
*Jordan, Arthur, Über Vitiligo 105.
— Pityriasis rubra pilaris 326.
— Pityriasis rubra pilaris der Schleimhaut 328.
*— A., Sergei Bogrow † 419.
*— Erstes Jahrzehnt kombinierter Syphilisbehandlung 453.
Joseph, Eugen, Chirurgische Erkrankungen der Niere im Röntgenbild 20.
— Neues Antipruriginosum Heliobrom 710.
Josselyn, Vitiligo, mit Hypophysensubstanz behandelt 735.
Joulia s. Dubreuilh.
— — Petges.
Irvine s. Pedersen.
— Über die Wirksamkeit des Programms gegen die Geschlechtskrankheiten 695.
Irwin, Schmerzen bei Erkrankungen des Harn- und Genitalsystems 687.
Isaac, Lichen planus 396.
Isaicu s. Levaditi.
*Iser, Jos., Pemphigusbehandlung 8.
Israel, Beiderseitige Steinniere und Spondylarthritis ankylopoetica 123.
Juliusberg, Leitfaden der Kosmetik für Ärzte 445.
Juman, Alopezia areata und Strabismus 654.
Jüngling, Röntgenbestrahlung der chirurgischen Erkrankungen 716.
Jura, Behandlung der Pyelitiden mit Urotropin und Neosalvarsan intravenös 692.
Juster s. Lévy, Georges.
Juvin s. Reynard.
— — Nicolas.

Kabelik, Wassermannsche Reaktion, Standardisation 221.
Kafka, Über Normomastixreaktion des Liquor cerebrospinalis 673.
Kalberloh, Verstärkung der Wirksamkeit d. Salvarsans auf d. Nervensystem 310.
Kall, Silbersalvarsan und Sulfoxylat 311.
— Neosilbersalvarsan allein und als Mischspritze.
Kahn, R. L., Ausflockungsreaktion 39.
— Syphilis, Ausflockungsreaktion 205.
Kämmerer und Lorber, Endokrine Störungen der Genitalsphäre mit zerebralen Reizerscheinungen 733.
Kamnitzer, Beteiligung der Knochen bei Arthritis gonorrhoica 351.
Kandiba, Gonokokkenkulturen und Mutationsbildung 405.
— s. Glusmann.
Kapelusch, Fissura ani 374.
Kappis, Max, Örtliche Betäubung bei Operationen an den Harnorganen 17.
— Ursache und Behandlung des Malum perforans (Sympathektomie) 723.
Kaplan, B., Exanthem bei Gonorrhoe 97.
Karo, Diagnostischer Wert des Tuberkulins bei den Erkrankungen der Harnwege 123.
Karmin, W., Modifikation der WR 95.
Katz, Gehäuftes Auftreten von „Frost" bei Kindern 496.
— Behandlung der Schweiße der Phthisiker und das Antihidrotikum „Salvysatum Bürger" 710.
Kaufmann-Wolf und Heinrichsdorf, Pseudoxanthoma elasticum 330.
Kawamura, Masernstudien 658.

Digitized by Google

Kayser und Schwab, Nierenerkrankungen nach Angina 372.
Kedrow, Russisches Silberarsolan 326.
— Syphilis tuberculosa 328.
Keidel s. Moore.
— asymptomatische Neurosyphilis; augenscheinliche Immunität 666.
Keilmann s. Grosser.
Keim und While, Kahnsche Fällungsprobe bei der Syphilisdiagnose 672.
Keining, Schwellenreiztherapie d. Staphylokokkenerkrankungen 102.
— und Werner, Dold-Reaktion 330.
Kellermann, Wirkung der Ameisensäure auf die menschliche Haut 139.
Kellogg, Eine Probe auf Diphtherie-Immunität und -Empfänglichkeit 103.
Kemp, J. E. und Moore, J. E., Syphilis der Speicheldrüsen 66.
Kemp, Wirkung von Röntgenstrahlen auf subakute Entzündungen 714.
Kennaway s. Leitch.
Kennedy, William H., Hornzellenkrebs 67.
— Behandlung des Ulcus rodens mit Chromsäurelösung 740.
— s. Lehner.
— s. Töröll.
Kerl, Über Radiumtherapie 719.
Kerton und Gay, Leukämie der Haut 639.
Kieleutner, Täuschungen bei der zystoskopischen Diagnose von Blasentumoren; zugleich Beitrag zu Kapitel Blasendivertikel und tertiäre Lues 120.
Kiernan, Nekrolagnie als Erscheinungsform eines Geisteszustandes 525.
— Menschliche Bisexualität 526.
*Kiess, Tumoren der Nackengegend 313.
— Krätzeschnellbehandlung 748.
Killduffer, Kolmersche Modifikation der Wassermannschen Reaktion 637.
— WR, Klinische Bewertung 204.
Kimmerle, A., Einfluß von Lichtarten auf den Blutdruck 97.
Kingery, L. B., Sklerodermie nach Nervenverletzung 40.
Kingsbury, Züchtung des B. anthracis von einem Rasierpinsel 731.
Kirchmayr, Chronisches Duodenalgeschwür nach Verbrennung 102.
Kirchner, Lupus, humane oder bovine Infektion 661.
Kirschmann, Agarical, nebst Bemerkungen über Hyperidrosis 99.
Kirstein, Salvarsanexanthem bei Graviditat und Exitus im Wochenbett 679.
Kissmeyer, A., Teermelanose 95.
Kitain, Krebsmetastasen, Häufigkeit, Lokalisation 182.
Kjellberg, Endausgang der gonorrhoischen Vulvovaginitis 397, 398.
Klare, Tuberkulose, kombinierte u. Sonnenbehandlung 243.
Klauder, J. V. und Kolmer, J. A., WR mit Schankerflüssigkeit 39.
Kleeberg, Syphilitischer Ikterus 15.
— Zur Entgegnung auf d. Aufsatz „Syphilis und Ehe“ 696.
Kleewitz, Stoffwechseluntersuchungen bei Röntgenbestrahlten 714.
Kleiber, N., Prostatektomie 19.
Kleinschmidt, Einfluß der Exantheme auf Ablauf der Syphilis 244.
— Tuberkulose der oberen Luftwege, Röntgenbehandlung 243.
— Kinderheilkunde und Dermatologie 346.
Klemperer, G., Arzneiverordnung 50.
— — und Rabinowitsch, L., Ultraviolette Lichtstrahlen 80.
Klimmer, Technik und Methodik der Bakteriologie und Serologie 550.
Klingmüller, Chronische Hydrozele, durch Terpentininjektionen geheilt 690.
Klippel und Weil, Die den Nervenwurzeln entsprechende Verteilung von Naevus und Vitiligo 534.
Kloeppel, Bilirubinämie und Ikterus bei Syphilis und Salvarsan 329.
Klostermann und Weisbach, Organextrakte und ihre wirksamen Bestandteile 671.
Klotz und Höpener, Vitamine und Diabetes 373.
Klug, Cholesteatom der Harnwege 687.
Kneise, Otto 80.
— — und Schulze, R., Harnblasendivertikel 22.
Knopf, Verwachsung der kleinen Labien post partum 693.
Knowles, F. C. s. Corson.
— und Fisher, Xanthoma tuberosum multiplex mit Metastasen 535.
Knust, Epithensalbe in der ärztlichen Praxis 710.
Kobrak, Klinische Bedeutung der frühsyphilitischen Erkrankungen des Innenohres 440.
Kock, Schädigung nach Sonnenbestrahlung bei Lungentuberkulose 243.
— und Vorländer, Wirkung der Bestrahlung auf Karzinome 715.
Koffka s. Müller.
Kogerer, Wassermann-Hechtsche Reaktion 266.
Kogoj, Fr. s. Šavnik.
Kohl, Hämangiome, seltene Lokalisation 162.
Kolle, Wismut als Antisyphilitikum 177.
— Über „Abortivheilung“ der Syphilis 673.
— u. Ruppert, Chemotherapeutische Differenzierung von Spirochaeta pallida und Spirochaeta cuniculi im Kaninchen 669.

Digitized by Google

Koller-Aeby, Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Kollargol i. v. 354.
Koller, Argyrie und Kollargol 445.
Kolmer, J. A. s. Klauder.
— s. Schamberg.
Kollmann, Neues Quecksilbersalizylat „Depogen" 676.
Kondo, Wanderzellen der Haut 699.
*Koopmann, Zur Anatomie der Ponndorf-Impfreaktion 557.
Kop, Lentigo maligna 740.
Koppel s. Holthusen.
Koppenhöfer s. Herxheimer.
Korányi s. Schwalbe.
Kornfeld, Hautdrüsenmuskulatur bei Amphibien 698.
Kornitzer, Entstehung des hydronephrotischen Nierenschwundes 120.
Kort, Über die sogenannten Schweißdrüsenabszesse der Achselhöhle 531.
Kowalski, Syphilis papulo-pustulosa 329.
— Galoppierende Syphilis 663.
Kraft, Fall von primärem und sekundärem Ureterpapillom 123.
Krainz, Papillomatosis einer Abszeßhöhle 737.
Kramer, Purpura vortäuschende spontane Gangrän infolge akuter Thromboarteritis 472.
Krantz, W. s. Hilgermann.
— Spirochätenfärbung mit Neosalvarsan 247.
Krasemann, Säuglings- und Kleinkinderpflege in Frage und Antwort 529.
Kraus, Verhütung der Serumkrankheit 703.
Krediet, Untersuchung der Geschlechtsdrüsen bei neugeborenen Ziegen. Wahrer unilateraler Hermaphroditismus 687.
Kreibich, Bau der Epidermis 288.
— 496.
*— Pathogenese der Miliaria crystallina 497.
— 536.
— Zur Angioneurosenfrage 723.
Kren, Tuberculosis ulcerosa miliaris 117.
— Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten 706.
— Mongolenfleck 118.
— Pemphigus mit Hyperkeratosen 117.
Kretschmer, Über Hysterie 551.
— Urologische Chirurgie bei Kindern 687.
Kreuter, Hodentransplantation 371.
Kritzler, Schmerzlose Furunkelbehandlung 140.
Krogius, Xanthosarkome der Sehnenscheiden 741.
Kromayer, Chirurgisch-physikalische Behandlung der Keloide 738.
Krömeke, Neurorezidiv nach kombiniert behandelter, seronegat. Primärlues 272.
Kronfeld, Ejaculatio praecox 24.
— Sexuelle Funktionsstörungen, Therapie 375.
Kroó s. Buschke 218.
Krösl, Papulöses Syphilid 368.
Krott, Salvarsandermatitis 287.
Krüger, Erythema perstans 116.
— Naevus anaemicus striatus 197.
— Pityriasis lichenoides 116.
— Psoriasis mit keratomähnlichen Veränderungen 197.
— Starkstromverbrennung 198.
Krupnikow, Sarkoma idiopathicum multiplex 741.
Kučera, Epidermolysis bullosa haemorrhagica 221.
Kuczynski, Max H., Streptokokken 47.
— Fleckfieber, Erreger, Kultur 206.
Kumer, Xeroderma pigmentosum 119.
— Atrophia cutis idiopathica 199.
— Erythema multiforme 119.
— Lichen planus atrophicus 119.
— Röntgenulzeration 199.
Kümmell jr., H., Radiographie von Nierensteinen 17.
— — — Resorbierbare Tamponade in der Urologie 17.
Kummer, Robert, H., Interureteraler Wulst 69.
— Hydronephrose 177.
— Pyelonephritisbehandlung 179.
Kundratitz, Septische Stomatitis 184.
Kunowski, Protargolwundsalbe 76.
Kupferberg, Neue Wege in der Krebsbehandlung 741.
Kusunoki, Ein eitererregender Diplokokkus 403.
Kutschera-Aichbergen, Melanin und braunes Abnutzungspigment 734.
Küttner, Mundschleimhautkarzinom 181.
— Sarkombehandlung 182.
Kyaw, Thermopenetration bei weiblicher Gonorrhoe 354.
Kylin, Peristaltische Bewegungen der Blutkapillaren 697.

*Laband, Behandlung der Gonorrhoe mit Vucinum hydrochloricum 360.
Laborde, H., Merkurielle Erythrodermie 64.
— Gonorrhoe mit Lymphangitis der Vulva 239.
Lacapère, Versager bei Arsenobenzenen 46.
— G., Syphilis bei Eingeborenen, Nordafrika 161.
— Syphilis der Eingeborenen Nordafrikas 304, 305, 307.
— Pylorusgeschwür im Verlaufe einer Salvarsanbehandlung. Bulbärparalyse und Tod zehn Tage nach der Operation 441.
— Kolloidales Wismut bei Behandlung der Syphilis 647.

Digitized by Google

Lackenbacher, Ein neues Ichthyolpräparat Detathyol 446.
Lacroix, A. s. Raynaud.
— s. Montpellier.
Laignel-Lavastine, Sexueller Instinkt und Erotomanie 25.
Lain, Karzinom, Lippe, Bestrahlung 206.
Lampronti, Kalziumchlorid in der Ekzembehandlung 727.
Lancashire, Dermatitis artefacta 450.
Lane, C. G., Dermatitis nach Oleum Citronellae 40.
— Gewerbedermatitis im Hospital von Massachusetts 636.
— Klassifizierung der gewerblichen Hautkrankheiten 638.
*Lang, Zur Klinik der Soormykose der Haut 429.
Lange, B., Virulenzsteigerung säurefester Saprophyten 47.
— Leukoderm der Achseln 218.
— Serodiagnose und Blutchemismus 268.
Langer, Hans, Flavizid 48.
*— Erich s. Buschke.
— Behandlung der gonorrhoischen Gelenk- u. Sehnenscheidenentzündungen 353.
— Ektebin in der Dermatologie 439.
— Leukoderm beim Kind 15.
— Universelles Leucoderma psoriaticum 439.
Langstroth, Gonorrhoe beim Weibe als Herdinfektion 350.
Lanzilotta, Reflektorische Beeinflussung der Nieren 70.
Lapp, Bemerkungen zu Aufsatz: „Behandlung des sekundär infizierten Ulcus cruris usw.“ 494.
Lassuzew, Statistik der Geschlechtskrankheiten 376.
Lauda s. Luger.
Laudenheimer, Nervenärztliche Erfahrungen mit innersekretorischer Therapie 144.
Lauerbach, Überlegenheit der Normosallösung über physiologische Kochsalzlösung 498.
Laurent, Krätze und Psoriasis 549.
— Ergebnisse der Bekämpfung der Syphilis in St. Etienne 647.
— Kontagiöse Rezidive nach 1 Jahr lang negativer WR 550.
Lauter, Rektalbefunde bei kindlicher Gonorrhoe 684.
Läwen, Vereisung des Nervus ischiadicus und saphenus bei angiospastischen Schmerzzuständen der unteren Extremitäten 99.
— Prostatektomie 370.
Lawless, Th. K. s. Greenwood.
Leach s. Heiser.
Lebensohn s. Alloway.
Leclerc, Diachylon 709.
Lederhose, Erysipel und blauer Eiter 140.
Ledermann, Furunkelbehandlung mit Histoplast 730.
Leege und Schmidt, Neue Staubinde 712.
Lees, Exfoliative Dermatitis nach Salvarsan 224.
Lefévre s. Lortat.
Legge, Gewerbliche Krebsgeschwüre 554.
Legrain s. Lortat-Jacob.
— Mykotischer Ursprung der Dyshidrosis 655.
Legueu, Örtliche Behandlung des Trippers 353.
— Blasensteine nach Prostatektomie 689.
— Nicht tuberkulöse Samenblasenentzündungen 372.
Lehmann, Gefahren der Pyelographie 22.
Lehner, Pseudoleukämie der Haut 651.
— Creeping Disease 656.
— s. Egyidi.
— s. Török.
— und Kenedy, Zur Kenntnis der Entzündungen der Haut mit netzförmiger oder verästelter Zeichnung 634.
— und Radnai, Behandlung der Lues mit Trepol 682.
Leiner, Ernährung und Dermatosen des Säuglings 727.
Leitch, Paraffinkrebs und seine experimentelle Erzeugung 553.
— Einfluß des Aufhörens des Reizes auf die Entwicklung des experimentellen Teerkrebses 553.
— und Kennaway, Experimentelle Erzeugung von Krebs durch Arsen 554.
Lelong s. Milian.
Lemierre, Léon-Kindberg und Lévesque, Über eine eigenartige klinische Entwicklung der Nierentuberkulose 692.
Lenk, Röntgenbehandlung der Perniones 102.
— Röntgentherapeutisches Hilfsbuch 649.
Lenormant, Ch., Blasenmischtumor 180.
Lenzmann, Intravenöse Öltherapie 426.
— Intravenöse Anwendung öliger Substanzen 706.
Leo, Über die Munddesinfektion 743.
Mac Leod 164.
Leof, Wert der Röntgenstrahlen bei Hautkrankheiten 451.
Léon-Kindberg s. Lemierre.
Lepoutre 272.
Leredde s. Gastou.
— Gibt es spontan vererbbare Krankheiten? Syphilis und familiäre Leiden 663.
— Irrtümer der Syphilismessung und ihre Folgen 441.
— Syphilis und WR. Syphilitische Basis der essentiellen Epilepsie 663.

Digitized by Google

Leredde, Todesfall nach Salvarsan — Zur Frage der Arsenophobie 443.
Lermoyez und Alajouanine, Urtikaria und Hemiplegie 723.
Leroux s. Roussy.
Leschinski, Gefährdung der Haut beim Weichwerden gashaltiger Röhren 718.
Lesser, Selbstheilung der Syphilis 673.
Leszczynski, Cowpersche Drüsen, lat., chron. Entzündung 263.
Levaditi s. Sazerac.
— Wismut bei Syphilis 682.
— Harvier und Nicolau, Neurotrope Affinität des Vakzinevirus 658.
— Marie und Isaicu, Über Erbsyphilis 669.
— und Martin, Prophylaxe und Therapie der Syphilis mit Derivat des essigsauren Oxyaminophenylarsins 348.
— — Navarro-Martin, Wirkung der Oxyaminophenylarsensäure bei Hühnerspirillose und experimenteller Kaninchensyphilis 677.
— — Nicolau, Die Immunität bei den neurotropen Hautaffektionen: Herpes und Enzephalitis 495.
— — — Gehirnvakzine und seine Virulenz 658.
Leven, Naevus linearis atrophicus 96.
— Experimentelle Syphilisforschung 670.
Lévesque s. Lemierre.
Levin und Rose, Terpentin zur Behandlung von Hautleiden 636.
Levitt, Lepröse Keratitis punctata 660.
Lévy-Bing und Belgodère, Naevus linearis verrucosus 441.
— Belgodère und Auclair, Röntgenologische Untersuchungen über Resorption von Arzneimitteln, bes. von Wismutpräparaten 491.
— und Férond, Ausscheidung bestimmter Arsenpräparate im Urin 492.
— — — Ausscheidung bestimmter Arsenverbindungen durch den Urin 646.
Lévy-Dorn und Schulhof, Blutgerinnung nach Röntgenbestrahlung 715.
Lévy-Franckel, Cottenot und Juster, Erfolge bei hartnäckiger Alopecia areata mit Röntgenbehandlung und Galvanisation der Schilddrüsengegend 441.
— und Juster, Vitiligo mit sensiblen und sympathischen Nervenstörungen 442.
— — — Syphilis des Sympathicus 492.
— — — Endokrin-sympathische Störungen bei Alopecia areata 744.
Lévy, Georges und Juster, Nitritoide Krisen 46.
— Juster und Lafont, Endokrine Störungen und nitritoide Krisen 647.
Levy-Lenz, Verwendung des Mitigal 708.
Lewandowsky und Lutz, Bisher nicht beschriebene Hauterkrankung 289.
Lewinski, Krätzemittel Scapisapon 657.
*Leyberg, J., Liquorbefunde bei Syphilis 53, 86.
Lhermite und Cornil, Syphilitische Syndrome des Corpus striatum beim Greise 665.
Licht, Hans, Erotik in den Gedichten der Griechen 24.
Lichtenberg, Fortschritte und Ausblicke der Nierenchirurgie in den letzten zehn Jahren 123.
Lichtenstein, Condyloma acuminatum, Kontagiosität 162.
Lichtenstern, Klinik und Therapie des Kryptorchismus 121.
Lichtwitz, Hauterscheinungen bei Erkrankungen endokriner Drüsen 512.
Lieben, Zur einseitigen, hämatogenen Niereninfektion 122.
Liebermann, Th. v., Fazialislähmung nach Ätzung mit Chromsäure 74.
v. Liebermann, Seltene Mißbildung der Nasenflügel 737.
Liebers, M. s. Hirsch.
Liebmann, Diagnostik der malignen Nierentumoren 123.
Liebreich, In-Vitro-Versuche über Eosinophilie (Blutgerinnung) 704.
Liesegang, Studien über Novokain und Suprarenin 710.
Lifschütz, Wasseraufnahmefähigkeit tierischer Fette 706.
Lignac, Bildung und Abbau des Hautpigments 533.
Lilienstein, Acrodermatitis atrophicans
— Fall zur Diagnose 286.
— Hyperkeratosis palmaris 345.
— Induratio penis 286.
— Lichen ruber planus, fast universeller 511. 511.
— Spätsyphilid 345.
— Syphilid, ulzeröses 286.
— Tuberkulöse Geschwüre des Penis 286.
Lilienthal s. Cassel.
Lineberg, Über Vitiligo 735.
Linley, Haemochromatosis 534.
Linzenmeyer, Behandlung der Sterilität durch Röntgenbestrahlung 451.
Lippert, Nebenbefund am Knochensystem bei Lupus pernio 662.
Lipschitz, Innerliche Behandlung der akuten Gonorrhoe mit Terogon 685.
*Lipschütz, B., Ulcus vulvae acutum 174.
— — Teerkarzinom, experimentelles 164.
*— — Experimentelles Melanom der geteerten Maus 749.
Lissa, Jod-Ichthyolanstrich 729.
Litchfield und Dembo, Irrtümer bei der Diagnose kontagiöser Krankheiten 748.

Digitized by Google

Littauer, Therapie von Pruritus vulvae mit besonderer Berücksichtigung von Soor und Trichomonas 724.
Little, Fall von Parapsoriasis 527.
— Fall von Acne agminata 527.
— Fall von Folliculitis decalvans 528.
— Fall von Nagelatrophie 529.
— Präparat eines exzidierten, frühzeitige Malignität aufweisenden Pigmentmales 529.
— Zwei Fälle von Favus der unbehaarten Haut 528.
Lloyd Thompson, Syphilis der weiblichen Harnröhre 66.
Löber, Zur Behandlung der Gonorrhoe nach Pust mit Zelluloidkapseln 354.
*Löblich, Intrakutane Pferdeserumreaktion bei Hauttuberkulose 377.
Lode, Favus bei Mäusen durch Achorion violaceum 368.
Loele, Arionextrakt bei Hechtscher Modifikation der WR 266.
Loeser, Therapie der Gonorrhoe mit Frischvakzine und lebenden Gonokokken 685.
Loewenstein, Kritik und Statistik der Geschlechtskrankheiten 425.
Löhr, Wirkung parenteral einverleibter Proteinkörper und von Nichteiweißkörpern auf den Eiweißabbau in der Leber 707.
van Lohuizen, Seltene, angeborene Hautanomalie 646.
Lombardo, Spirochäten in spitzen Kondylomen 423.
— Endomycosis cutanea 423.
Lomholt, Behandlung des chronischen Ekzems mit konzentriertem Kohlenbogenlicht 513.
Looss, Arthur 516.
Lorber s. Kämmerer.
Lorcy, Nachruf für Albers-Schönberg 401.
Lortat, L., Lupus erythematosus 163.
— und Ernet, Parapsoriasis mit Leukodermie 547.
— — Lefèvre, Lymphomatose der Haut, knötchenförmige, ohne Leukämie 547.
— Jacob, Legrain, P. und Baudouin, E., Sclerodermie en plaques 45.
— und Legrain, Oberflächliche tertiäre Syphilide mit Hautatrophie 490.
Losanow, Nachweis von beweglichen, blassen Spirochäten 327.
Lourdel s. Caraven.
Low, Rosacea mit Augenaffektionen 222.
Löwenstein, Neuer Weg der Behandlung der metaluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems 676.
Lucas, Jean s. Jeanselme.
Ludwig, Argochromtherapie der Gonorrhoe 352.
Luft, Erfahrungen mit Dijodyl 711.
Luger und Lauda, Übertragbarkeit des Herpes genitalis auf das Kaninchen 101.
Luithlen, Kieselsäuretherapie bei Hautkrankheiten 710.
— 748.
Luker, Zervixkarzinom nach Gonorrhoe 651.
Lustberg, J. R., s. Birchett.
Lustig, Studien über Pellagra 733.
Lutembacher, R. Salizylsaures Natrium bei Psoriasis 63.
Lutz s. Lewandowsky 289.
Lydston 356.

Mackenzie 272.
Mac Kee, G. M. und Andrews, G. C., Gelenkauswüchse der Haut 39.
Maderna, Mirion bei Lupus erythematodes 739.
Madlener, Neurofibromatose 163.
Magnus, Georg, Kapillarbeobachtung bei Entzündung 50.
Mahler, Repetitorium der medizinischen Terminologie 225.
Majocchi 748.
— Residuen nach geheiltem Pemphigus 421.
— Purpura annularis teleangiektodes 421.
Malherbe, Seltener Sitz des Primäraffektes 305.
Mallam, Komplikation infolge Tätowierung 223.
Mallanuah, Infektion mit dem Bacillus Pyocyaneus unter dem Bilde einer Lepra 726.
Malten, Generalisierte Psoriasis nach Ameisensäureinjektion 728.
Mancini, Blasengeschwülste, Elektrokoagulation 369.
Mandel, H., Epidermolysis bullosa 44.
Manson, Zungenkrebs 652.
Mansoor, Bubonenpest behandelt mit Neosalvarsan 532.
Manteufel, Persönliche Prophylaxe gegen die Geschlechtskrankheiten 695.
Maranon, Anatomie und Pathogenese des generalisierten Argyrie 640.
Marceron s. Soupault.
Marchand, Behandlung des weichen Schankers mit 914 349.
Marcus, Hautkrankheiten auf „nervöser" Basis 713.
Marcuse, Orgasmus ohne Ejakulation 694.
— Selbstmord und Sexualität 694.
Mariani, Experimentelle Untersuchungen über Keratitis und Meningoencephalitis 101.
— Tod durch Eingeweide-Knochen-Hautläsionen durch neue Varietät von Trichosporen 423.
— Keratitis und Encephalitis herpetica und vaccinica 423.
Marie s. Levaditi.

Digitized by Google

Marion, G., Erweiterte Pyelotomie 68.
— — Radium bei Blasentumoren 68.
— — Zystenniere 69.
— — Papillomatosis des Ureters 179.
— Behandlung der Hypospadie 645.
Mariotti, Wassermannsche Reaktion. Allgemeine Übersicht 650.
Markert, Neosalvarsan-Novasurol, einzeitig 290.
Markovits, Röntgenologische Kastration beim Manne 716.
Markwalder, Zur Frage der Schwefelwirkung 446.
Marlinger, Todesfall nach Novasurol 272.
Marmorek, Vorübergehende und dauernde Immunität 404.
Marr s. Hübner.
Marshall s. Haase.
Martenstein, Hans, Radium und Mesothorium in der Therapie 98.
— — Hydroa vacciniforme 95.
— — Achorion Quinckeanum bei Meerschweinchen 95.
— — Lungentuberkulose bei Tuberkulodermen 95.
— Behandlung des Lupus vulgaris mit Chlornatriumbrei 243.
— Behandlung des Lupus erythematodes 535.
Martin, Louis, Ureterenscheidenfistel 68.
— s. Levaditi.
— Künstliche und erworbene Schleimhautbeutel 407.
— Beitrag zur Lehre von der Rektalgonorrhoe 506.
— Die Schutzheiligen der Syphilis und die Wallfahrt von Syphilitikern 526.
— Hautkrankheiten im Mittelalter als kontagiös betrachtet 643.
Martini, Mücken, Flöhe, Läuse, Fliegen als Krankheitserreger 656.
Martinotti, Leonardo 28.
— Seltener Befund in einer Warze 421.
— Über die immunitären Reaktionen der Trichophytien 421.
— Über einige lichenoide Dermatosen 421.
— Pityriasis rosea, verschiedene Typen 421.
Martius, H., Röntgentherapeutisches Instrumentarium 47.
— Biologische Wirkung der Röntgenstrahlen verschiedener Wellenlänge 715.
Marzinowski, Entwicklung der Spirochaeta reccurrentis im Menschen 659.
Massia, G. s. Nicolas.
Mastrocola, Epitheliom 421.
Matavasso, Nitritoide Krisen nach Salvarsan 307.
— Lymphangitis im Bereich des Trizeps durch Gonorrhoe 263.
Mátéfy s. Boross.
Matsumoto s. Satani 203.
Matsumoto, Psoriasis vulgaris Thymusbestrahlung 204.
Mattauschek, Tabes, Paralyse, moderne Behandlung 270.
Matthes, Proteinkörpertherapie 447.
Matthias, Vakzine- und Proteinkörpertherapie bei Staphylokokkenerkrankungen und Gonorrhoe 241.
Matzdorf, Behandlung von Tumoren mit Salvarsan 310.
Matzdorff, Amyostatischer Symptomkomplex 332.
Matzenauer und Weitgasser, Saugglockenbehandlung bei chronischer Gonorrhoe des Weibes 686.
Mauelshagen und Strempel, Mischspritzenbehandlung der Syphilis 677.
Maurer, Säugetierhaare und Tastflecke 697.
Mautner, Entstehung der Urtikariaquaddel 495.
Mayer, A., Zunahme steriler Ehen 375.
— Karl, Säuren als Ätzmittel 73.
— P., Einführung in die Mikroskopie 225.
Mayr, Nebennierenextrakte in der Dermatologie 138.
— Liquorveränderungen bei Frühsyphilis 248.
— Talgdrüsennaevus 289.
— Primäre amultiple Hautkarzinose 330.
— 428.
*— und Hofstadt, Eigenharnreaktion nach Wildbolz bei Tuberkulose der Haut 165.
Mazzini, Parenterale Einverleibung von Terpentinöl in der Dermato-venerologischen Praxis 401.
Mc Cann, C. H. s. Conrad.
Mc Farland, A. R., Cholesterin bei Syphilis 66.
Medina, J. B. de, Verrucae planae juveniles 42.
Mehl, Maximilian, Sonnentherapie 47.
Meinori, Viskosität des Blutes und Arteriendruck bei Syphilis 399.
— Behandlung der Trichophytien mit Jod-Jodkalilösungen 656.
Meinicke, Methoden und Modifikationen des serologischen Luesnachweises mittels Flockung 671.
Meirowski, Pigmentfrage 175.
Meirowsky, Tierhaut und Menschenhaut 26.
Meisel, Krebsforschung, neue Wege 163.
*Memmesheimer, Bedenken gegen die Salvarsan-Mischspritze 459.
Mendel, Oedema cutis proprium, zur Lehre vom Ödem 99.
— B., Phenylchinolinkarbonsäure 76.
Menschikow, Lupus vulgaris, mit Röntgenstrahlen behandelt 328.
Mertens, Prostatektomie 370.
Meska, Abführmittel 221.

Digitized by Google

Meschtscherski, Aktive Sekundärlues und Paralyse 246.
— Antisyphilitische Behandlung, zur Diagnose ex iuvantibus 270.
— Syringomyelie und gangränöse Dermatitis 328.
Meyer, Hans, Röntgentherapie d. Krebse 98.
— Joh., Erythema induratum 286.
— Fritz M., Spätreaktion nach Röntgenbehandlung 80.
— F. M., Haarausfall, Ursachen und Behandlung 185.
— — — Ergebnisse der Dauerentfernung von Haaren durch Röntgenstrahlen 746.
— E., Vitaltuberkulin 227.
— Fr. Streptokokkeninfektion und Antiserum 731.
— Rob., Wirkung parenteral verabfolgten Schwefels 708.
— Rudolf L., Mechanismus der Chloralwirkung 710.
— P. S. s. Halberstädter.
— — — Gewöhnungserscheinungen an Röntgenstrahlen bei Bac. prodigiosus 716.
— K. und Fitschen, Kultureller Tuberkelbazillennachweis in der Praxis 700.
— H. H. u. Freund, Nicht zündende Subkutaninjektion entzündlich wirkender Heilmittel 426.
— L. F. und Nassau, idiopathische Blutungen in Haut und Schleimhaut bei Säuglingen und Kleinkindern 493.
Meyerhoff, Fall zur Diagnose 345.
Meyeringh, Lymphogranulomatose mit Durchbruch durch die Haut 742.
Mibelli, Porokeratosis Mibelli 421.
— Urtikaria durch Kälte 421.
— Beitrag zur Bewertung der MR 421.
Michael, Hans, Erfahrungen mit Yatren 74.
— Dermatoscopy 204.
Michaelis, Über wandernde, rezidivierende Lymphangitiden 398.
Michaelis, Über alte und neue Medikamente 398.
Michelson s. Sweitzer.
— Leukoderma bei Pityriasis lichenoides chronica 204.
Milian und Lelong, Psoriatische Erythrodermie 45.
— — Holzartige Phlegmone der Achselhöhle 441.
— — Kerato-Konjunktivitis der Kornea infolge Trichophytie 547.
— — Polyneuritis nach Salversanbehand- 547.
— und Rivalier, Gangrän am Bein 44.
— — Epithelioma mixtum mit gelblichen Körnern und Neigung zur Rückbildung 441.
Milian und Rivalier, Purpura mit Blasen und ekthymaförmigen Ulzerationen 547.
— Sauphar u. Lelong, Drüsengummata. Flächenhafte Syphilome der Haut 441.
Miller, Erfahrungen mit Chaulmoograöl-Derivaten bei Lepra 660.
Milosklika, Modifikation meines aseptischen Ureterenkatheterismus 643.
Mills, Ekzem 104.
Mischer, Hautkarzinome, Röntgenbehandlung 182.
Minani s. Nakano 202.
Misch, Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde 444.
Mitchel, Erosio interdigitalis blastomycetica 637.
— Variola und „Amaas" in Südafrika 755.
Mitschiner s. Dudgeon.
Mitsinkides, Z., Hämaturien bei Hydronephrose 70.
Mittenzwey, Einfluß radioaktiver Bäder auf WR 265.
Mittweg, Hautemphysem während der Geburt 724.
Mixsell, Scharlachdiagnose 186.
Miyake, Wanzengift 202.
— s. Satani 203.
Miyata R. s. Takahashi.
Mock, Beschwerden nach Afenilinjektionen 448.
Moll, Verhütung und Behandlung von Rhagaden an den Brustwarzen stillender Mütter 725.
Möller, Stomatitis mercurialis als Berufskrankheit 712.
Monis, Durch Paraffin verursachte Zystitis und Heilung 123.
Montpellier, Lacroix, Boutin, Induratio plastica der corpora cavernosa 304.
— — — Verödung der Varizen mit Quecksilberbijodür intravenös 548.
— s. Raynaud.
Montgomery, D. W. und Culver, G. D., Diachylonsalbe 41.
Moog, Einfluß der Temperatur auf die unmerkliche Wasserabgabe der Haut 696.
Moore, J. E. s. Kemp.
— Röntgenapparate mit hoher Spannung 206.
— Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Mangan 516.
— s. Hill.
— Die Behandlung der Syphilis 674.
— und Keidel, Familiär vorkommende Syphilis des Nervensystems, 1. bei Eheleuten 665.
Morawetz, Variola-Vakzine-Immunität 187.
Mori, Nieren, kongenitale Verlagerung 203.
Morini, Urtikaria papulo-pigmentosa perstans 398.
Moro, Perkutane Tuberkulose-Behandlung 228.

Digitized by Google

Mosse, Melanodermie bei perniziöser Anämie 736.
Mouchet, Diffuses Angiom bei zehn Monate altem Knaben 737.
Moulonguet, Neuere Behandlungsmethoden bei Tripperrheumatismus 686.
Mouradian, syphilit. Reinfektion 308.
— Syphilisähnlicher Schanker, durch Pilze hervorgerufen 491.
— Verdeckte, chronische Gonorrhoen und die angeblich nichtgon. Urethriden 647.
Mucha, Reinfektion oder Mißlingen einer Abortivkur 200.
Mueller, Appendizitis und Gonorrhoe, häufigste Ursachen der chronischen Adnex-entzündungen 693.
— E. F. und Reese, H. H., Behandlung der Epididymitis 67.
Mühlstein, 164.
*Mühlpfordt, Salvarsanunterdosierung 615.
Mühsam, Neuere Bestrebungen der Hodenüberpflanzung 371.
— Ergebnisse der Hodenüberpflanzung 691.
Mülleder, Kasuistik der Mammakarzinome bei Männern 556.
Müller, Achilles, Akzessorische Niere 120.
— August, Spezif. und unspezif. Hautreaktionen 226.
— Erich, Kalomelöl in der Behandlung der angeborenen Syphilis 676.
— Ernst, Friedrich, Beziehungen der Haut zum autonomen Nervensystem 346.
— E. F., Leukozytensturz nach Intrakutaninjektion u. bei der Widalschen Hämoklasenkrise 702.
— — — Leukozytensturz nach unspezifischer Intrakutanimpfung 703.
— Franz, Blutbildung durch Eisen und Arsen 73.
— — Wesen der adstringierenden Wirkung 426.
— Hugo, Tertiäre Syphilis 175.
— — Akromegalie 175.
— — Lichen ruber corneus 175.
— — Wismutbehandlung der Syphilis 177.
— — Wismuttherapie 349.
— H. jun., Kolloidklasie 701.
— R., Deutung des Wortes Scharbock-Skorbut 723.
Müller, Franz u. Koffka, Alfons, Rezepttaschenbuch sparsamer Arzneiverordnungen 552.
Mulzer s. Plaut.
Munter, Brauchbarkeit der Bioskopie bei Gewebswirkung chemotherapeutischer Antiseptika 706.
Murard s. Combier.
Murero, Lichen ruber planus annularis 423.
— Naevus pigmentosus pilosus 421,
Murero, Granuloma annulare 421.
Murray, Erzeugung von Krebs durch spezifische Formen der Reizung 536.
Nadel, Bernhard, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 25.
Nagakawa, Wirkung der Radiumstrahlen auf Tumorgewebe 719.
Nagel, Zur Methode Fischer bzw. Operation der Hypospadiasis 355.
Nagelschmidt, Franz, Lichtbehandlung des Haarausfalles 23.
— Praxis der Röntgentiefendosierung 452.
— Röntgentiefendosierung 718.
Nagy, Tödlicher Fall von Angina membrano-ulcerosa 654.
Naham s. Belot.
Nakano und Minani, Linsersches Sublimat und Brucksches Novasurol-Neosalvarsan 202.
Nannay und Galloway, Schuppendes Erythem in Verbindung mit arthritischen Veränderungen 527.
Nanta, A., Gonokokken-Impftherapie 63.
Narath, Zur Frage der Pyelonschädlichkeit 123.
Nardelli, Die gemischten endovenösen Einspritzungen in der Behandlung der Syphilis 400.
Nassau s. Meyer.
Nathan, Lepra cutanea und nervosa 176.
— Parapsoriasis guttata mit Leukoderma 176.
— Theoretisches zur Serodiagnose der Lues 672.
Näther, Blasendrainage mit dem Troikard 356.
Navarro-Martin s. Levaditi.
Necker, Friedrich und Paschkis, Rudolf, Pseudotumoren der Ureterpapille 22.
— Klinik chronisch entzündlicher Erkrankungen der Nierenhüllen 122.
Negley, James, Syphilis in der Schwangerschaft 67.
Negro und Colombet, Ausscheidung des Phenolsulfophtaleins bei kochsalzhaltiger und -armer Diät 644.
Neubürger s. Plaut.
*Neuendorff, Wismutbehandlung 301.
Neumann-Sprengel, Anaphylaxie bei Proteinkörpertherapie 703.
Nevermann, Provokation latenter Gonorrhoe bei der Frau 354.
New und Hausel, Melanosarkom des Gaumens 652.
Nicolas, Gaté, Juvin, Syphilitischer Schanker des freien Randes des oberen Augenlides 664.
— J., Massia, G. und Dupasquier, D., Syphilitisches Syndrom des Zwischenkiefers 62.

Digitized by Google

Nicolas und Pillon, Lichen corneus der Mund- und Zungenschleimhaut 652.
Nicolau, Autosuperinfektion, syphilitische von Drüsen ausgehend 305.
— s. Levaditi.
Nieden, Hermann, Nierentuberkulose und Nephrektomie 20.
Niederhoff, Hemmender Einfluß von Saponin auf Luesflockungsreaktion 267.
Nikolski, Ulcera cutanea ex pruritu et toxiphobia 725.
Nini, Behandlung von Warzen mittels Suggestion 737.
Nishimura, Röntgenbehandlung der Osmidrosis axillaris 717.
Nobécourt und Paraf, Prophylaktische Behandlung der Masern mit Rekonvaleszentenserum 657.
Nobel, Roseola typhosa 188.
— Behandlung der Erythrodermia desquamativa 728.
Nobl, Epitheliom 198.
— Fall zur Diagnose 198.
— Lupus erythematodes 199.
— fixes, pemphigoides Arzneierythem 712.
— Blasenbildende Hauterkrankungen 729.
Nocalaysen, Spontane Harnblasenruptur, geheilt ohne Operation 689.
Noël, P., Angeborene Nackengeschwülste 63.
— Leprabehandlung 238.
— Entstehung der iuxtaartikulären Knötchen 306.
— Die neuen Leprabehandlungen 490.
Nordhoff-Jung, Cancer-Research-Prize 124.
*v. Notthaft, Alkohol und Geschlechtskrankheiten 626.
Nourney, Eigenblutbehandlung 486.

Ochs s. Feldman 204.
Oehlecker, F., Abszeß bei dystropischer Niere 16.
— — Behandlung der Hydronephrose 16.
— — Hydronephrose einer Hufeisenniere 16.
— — Kittniere und Kittureter 16.
— — Trans- und extraperitoneale Nierenoperation 16.
*Oelze, F. Walther, Fall von Präputialsteinen 1.
— — — Infraklavikulardrüsen bei Syphilitischen 95.
— Spirochaeta pallida, morphologische Verschiedenheiten 247.
— Cyarsal-Mischspritze 308.
— Neues Zysto-Urethroskop 241.
— Wachstumsvorgänge bei Mikroorganismen 699.
— -Rheinboldt, Cyarsalmischspritze in der Frauenpraxis 308.
Oelze-Rheinboldt, Zur Behandlung der Zervixgonorrhoe nach Pust 354.
*— — Ulcus vulvae acutum und Scheidenbazillen 438.
Ohara, Studien über Derivate des Chaulmoograöls 660.
v. Ohlen, Reiztherapie und Tuberkulose 227.
Ohtawara, Intrauterine Vakzination 659.
Oliver, E. A., Cutis verticis gyrata 65.
— Quarzlichtbehandlung von Hautkrankheiten 471.
— Ultraviolettes Licht beim Erythema induratum 636.
— Fall zur Diagnose 528.
Olsen und Sweeney, Fremdkörper in der Harnröhre 348.
Olson, G. M., Adenoma sebaceum 65.
Opitz, Problem der Dosierung der Röntgen- und Radiumstrahlen 718.
Oppenheim, Moritz, Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten 70.
— Ulzeration durch Diplostreptokokkus 117.
— Urticaria cum pigmentatione 118.
— Universelle Psoriasis 118.
— s. Ullmann.
*— M., Entstehung der Maculae coerulcae 170.
— — Skabiesbehandlung, zu Artikel Balban 186.
— Tuberkulose, Pyodermitis oder Trichophytie 198.
— Tuberkulid, papulöses, nodulöses 198.
— Schwielenbildung 198.
— Onycholysis 198.
— Spülapparat der Blase 201.
— Leitfaden der Pflege der Haut- und Geschlechtskrankheiten 242.
— 312.
Oppenheimer, Erich, Diadin 76.
Orlowski, Der Tripper, laienverständlich dargestellt 514.
— Syphilis laienverständlich dargestellt 530.
— Geschlechtsschwäche, laienverständlich dargestellt 551.
Ormos, Bilirubin im Blutserum 700.
Ormsby, Dermatologische Ausbildung und Praxis 204.
Orphanidès, Syphilitische Gangrän des Penis 304.
Orth. Oskar, Nierenbeckenerweiterungen 19.
Osborne, E. D., Sklerodermie 66.
— Pharmakologie und Anwendung der Jodpräparate 711.
Oswald, Chemische Konstitution und Wirkung der Arzneikörper 407.
Öttinger und Halbreich, Rückfallfieber mit Roseola 207.
Ota, M., Trichophyton purpureum 41.
Otto und Winkler, Zur Kenntnis des „Wassermann-Aggregates" 670.
Oury s. Hudelo.

Digitized by Google

Pagniez, Wesen des Erythema nodosum 101.
Pahner, Wassermann-Veränderungen. Sera in 8 Laboratorien untersucht 670.
Paillet, Erythrodermie, toxische, pemphigusartige 239.
Palvarini, Icterus syphiliticus 421.
Pamperl, Nephrektomie, transperitoneale 220.
Pane und Cirillo, Mikrobenbefund bei eitriger Zystitis 368.
Paneth, Ätiologie der Infektionskrankheiten, bes. der Diphtherie 726.
Paraf s. Nobécourt.
Parce, Neue Methode der Hautpfropfung 472.
Pardo-Castello, Dermatitis venenata 638.
Pariser, Steinach-Präparat Rejuven 691.
Parkhurst, Gewebsreaktion bei bösartigen Epitheliomen 205.
— s. Wise.
Paronnagian, M. B. und Goodman, H., Granuloma inguinale 40.
Parrisius und Wintterlin, Blutstrom in den Hautkapillaren in verschiedenen Körperregionen 697.
Parsons, Rosafarbene Krankheit 729.
Paschen und Jentz, Ätiologie gonorrhoischer Exantheme 350.
Paschkis, Rudolf s. Necker.
— Über das inkrustierte Geschwür der Blase und über Schrumpfblase 121.
— Heinrich 516.
Pasini, Agostino 28.
— A., Trichophytonkultur 96.
— Atrophodermia idiopathica progressiva 422.
Passeu, Experimenteller Rußkrebs 554.
Paterson, Ulzeröse Stomatitis bei Kindern 743.
Patta, Biologische Kontrolle der Arsenbenzole 422.
Patzschke, Acrodermatitis chron. atrophicans 286.
— Ichthyosis hystrix 286.
— Biologische Wirkung der Chrysarobingruppe 289.
— Mycosis fungoides 345.
— Pityriasis rubra 345.
— Erythema induratum 345.
— Primäre seropositive Lues 345.
— Menstrualexantheme 345.
— Symptomfreie Kinder syphilitischer Mütter 668.
Paul, Phantom der chemischen, gonokokkentötenden Mittel 241.
Pautrier, L. M., Bowensche Dermatose 42.
— — — und Hügel, Acanthosis nigricans 43.
— — — — Rietmann, Trichophyton granulosum 44.
Pautrier, L. M. und Roederer, J., Lupoid 43.
— — — — Zimmerlin, Primäraffekt der Stirn 43.
*Pavlovic s. Gjorgjevic.
Payenneville, Lichen obtusus 42.
— und Trotabas, Heilung von Lichen planus bei Diphtherie 63.
Payr, Narbenerweichung durch Pepsin und Trypsin 163.
— Unangenehme Erfahrungen mit dem neuen „vergällten" Alkohol zur Händedesinfektion 712.
Pedersen und Jovine, Ungewöhnlicher Blasenstein 347.
Pediconi, Syphilis, Abortivbehandlung 270.
Peers und Shipmann, Chaulmoograölbehandlung bei tuberkulöser Laryngitis 662.
Péhu und Bonafé, Syphilitische Peritonitis bei Neugeborenen 247.
Peiper, Diagnose und Therapie des Morbus Addisoni 643.
Peiser s. Buschke.
— Störungen der Adrenalinbildung in den Nebennieren unter äußeren Einflüssen 143.
— Milzschwellung im Frühstadium der Syphilis 664.
— Übertragbarkeit des Herpesvirus auf Ratten 724.
Pernet, Fall von annulärem Lichen planus mit Atrophie und einer Primäreffloreszenz 527.
— Gleichzeitiger Lupus erythematodes und Lichen planus 528.
Perry 472.
Perrier, Ch. und Andreae, Radium bei Prostatakarzinom 68.
Perutz, Livedo racemosa 116.
— Lues nasi 116.
— Experimentelle Pharmakologie des männlichen Genitale. VI. Innervation der urethralen Drüsen 688.
— und Rosenmann, Pharmakologische Wirkung des Neosalvarsans 288.
Petersen, Anders, Ligatur des Ureters 67.
— Einrichtungen für Besonnung in der Klinik zu Dortmund 718.
Petges und Joulia, Die Pilzerkrankungen auf dem behaarten Kopf von 1912—22 in Bordeaux 640.
Petit, Zirkumskriptes Lymphangiom der Zunge 529.
Petruschky, Kritik der perkutanen Tuberkulose-Behandlung 228.
Pewny, Blutkörperchensenkungsprobe in der Urologie 355.
Peyre s. Roussy.
— Mechanismus der Komplementfixation 670.

Digitized by Google

Pezold, Linser-Verfahren.
Pfahler, Karzinom, Lippe, Elektrokoagulation und Bestrahlung 206.
— Behandlung des Hautkrebses mit Röntgenstrahlen, Radium, Elektrokoagulation 555.
Pfeiffer, Syphilis und Diabetes 245.
— Syphilis degenerativa, maligna, akuta 244.
— Schützender Einfluß des Wärmekastens auf Eiweißzerfallsvergiftungen 406.
Pfister, Bilharziakrankheit 347.
Pflaumer, Chromozystoskopie 20.
— Aufgaben, Hilfsmittel, Erfolge der Urologie 355.
— Pyelographie 373.
Philipps s. Rathbün.
Piccardi, Schwankungen der WR bei Lues I unter Einfluß der Salvarsantherapie 421.
— Abortivkuren mit reiner Arsenobenzoltherapie 421.
— Askariasis-Epidemie 421.
Picker, Syphilis der Blase 525.
— Ein Fall von Blasensyphilis 665.
— Durch Tonsillektomie geheilter Fall von Staphylokokkenausscheidung durch die Harnwege 526.
Pillon s. Nicolas.
Pilot s. Davis.
Pinard, Rabut und Girand, Vincentsche Angina und Geschwüre am Gliede 548.
Pincsohn, Intravenöse Trypaflavinbehandlung der weibl. Gonorrhoe 354.
— Gallertkrebs in der Harnblase 651.
Pincussen, Anagnostu und Zangrides, Über die Beeinflussung des Stoffwechsels 713.
*Pinkus, F., Iwan Bloch 13.
— Nachruf auf Blaschko 424.
— Dermatomykosen 746,
— Granuloma anulare 219.
Pisko, Diagnose und Behandlung alltäglicher Hautkrankheiten 407.
Pitsch, Staphylokokkeninfektion bei Impetigo streptogenes 290.
Placzek, Geschlechtsleben des Menschen 445.
— Geschlechtsleben der Hysterischen 470.
Planner, Über Silbersalvarsan 138.
— Acne varioliformis 119.
— Lupus erythematodes 119.
— Krätzebehandlung mit Mitigel 185.
Plate, Phylogenetische Entstehung der Milchdrüsen und Haare 698.
Plato, Urinaltherapie d. Enuresis 369.
Platz, Gebrauch ätherischer Öle, bes. des Terpestrol 709.
Plaut, Mulzer, Neubürger, Anatomische Veränderungen bei Kaninchensyphilis 247.
Plaut und Mulzer, Kaninchensyphilis und Liquordiagnostik 269.
Pleschner, Blasendivertikel 121.
*Pogany s. Guszmann.
*Pokorny, Klinik und Histologie des Lichen ruber planus pemphigoides 386.
*— Zur Klinik und Histologie des Lichen ruber planus pemphigoides 414.
Polay, Bemerkungen über Citrons Vortrag über Salvarsanfragen 677.
Pollacci, Die pathogenen Myzeten der Menschen und der Tiere 649.
Pollak, Behandlung der Gonorrhoe und Syphilis mit Eigenblut 552.
*Pollmer, Leopold, Stützapparat bei psychischer Impotenz 10.
Pollitzer, Bericht des statistischen Ausschusses der Amerikanischen Dermatologischen Gesellschaft über das Jahr 1921 639.
*v. Polqny, Albert, Myelitis gonorrhoica 60.
Polony, Zu Nourneys Vebli-Behandlung 489.
Pomaret, Allg. Übersicht über die neuen Arsen- und Wismutpräparate 347.
— s. Jeanselme.
Pontoizeau s. Gastou.
Pontoppidan s. Boas.
Pool, Über die Prüfung von Silberhautreis 732.
Poór, Tabes mit rezenter Syphilis 667.
Popoff, Eiterungsprozesse der Haut bei Hungernden 732.
*Porosz, Ansteckende Hautabschuppung der Hände 216.
— Über eine für ansteckend gehaltene Trockenschälung der Hände 472.
— Massenbehandlung der Tripperkranken im Kriegsspital 685.
— Pseudofrenulum praeputii 644, 688.
— Selbstgeringschätzung als sexueller psychischer Zustand 694.
— Behandlung der Prostatahypertrophie 691.
Pospelow, Mykosis fungoides 327.
Post, Karl, Verstärkung von Gewebsfärbungen mit Anilinfarben 27.
Pousson, Nephrolithotomie und Pyelolithotomie 469.
De Prades, Thorium-X in der medizinischen Praxis 720.
*Prater, Überdosierung mit Bismogenol 299.
Preis, Karl, Jodoformbildung durch Kalium permang. 75.
Preisz, Zustandekommen der Syphilisrezidive 663.
Prime s. Wood.
Pringault s. Vigne.

Digitized by Google

Pringle, John James 80, 513.
Proust, R., Quellen der Strahlungsenergie bei Röntgentherapie 98.
*Pucholt, Purpura, symptomatische 189.
*Pulay, Erwin, Intermediärer Stoffwechsel und Hautkrankheiten 81.
*— Quellungs- und Entquellungserscheinungen der Haut 333.
*— Stoffwechsel und Hautkrankheiten. III. Harnsäure 577.
— Stoffwechsel und Haut 650.
— Licht in seiner pathogenen Wirkung 713.
— Zur spezifischen Ernährung der Haare 745.
Puroes-Stewart, Behandlung d. Nervensyphilis 674.
Pusey, Lackdermatitis 639.
— Syphilis des Mundes 734.
Pust, Behandlung der Zervixgonorrhoe mit Zelluloidkapseln 354.

Quattrini, Molluscum contagiosum giganteum 399.
Quénu, Jean, Nephrektomie 178.
Queyrat, Louis, Ambulatorien für Syphilitiker 46.
Querrieri, Xeroderma pigmentosum 421.
de Quervain, Zu den iuxta-artikulären Nodositäten 664.

Rabeau s. Ravaut.
Rabinowitsch-Kempner, L. s. Klemperer.
Rabut, Alopezia areata, Vitiligo, Naevi 548.
— Boutellier und Richon, Tödlich verlaufende Erythrodermie bei Behandlung mit Eparseno 442.
— und Cailliau, Parapsoriasis en gouttes 441.
Radaeli, Wert des Wismuts in der Therapie der Syphilis 399.
— Hydroa vacciniformis bullosa 422.
Radnai, Behandlung gonorrhoischer Nebenhodenentzündungen mit intravenösen Kalziuminjektionen 685.
— s. Lehner.
Rahm, Diagnose des Schweinerotlaufs 730.
Rajka, Ätiologie d. Ekzems 287.
*— Skarlatiniformes Trichophytid 574.
Ramel, Rolle der Gonorrhoe bei Versteifung der Wirbelsäule 647.
Randak, A. s. Arzt.
— Raynaudsche Symptome bei Sklerodermie 200.
— Syphilis, tubero-serpiginöse 201.
— Syphilis, Gumma nasi 201.
Rasck, B., Spirochaeta rheumatismi 27.
Rathbun u. Phillips, Urologische Tätigkeit, Übersicht eines Jahres 355.
Rau, Geschlechtskrankheiten 47.
Rautenberg, Peliosis rheumatica 721.
Ravaut, Boulin und Rabeau, Gutartiges, eitriges Lymphom mit septischen Begleiterscheinungen 738.
Ravogli, A., Beschäftigungsdermatosen 77.
— Hauterscheinungen infolge Magen-Darmstörungen 644.
Raynaud, Monpellier und Lacroix, Papillome der Mundschleimhaut 46.
— — — Pityriasiforme Erythrodermie 46.
— — — Akuter Lupus erythematodes exanthematicus 444.
Rebaudi, Heilwert chemisch-therapeutisch aktivierter Arsenobenzole 422.
— Paraffinspritzverfahren bei Verbrennungen 725.
Reed, Röntgenstrahlen bei Hautkrankheiten 451.
Reese, H. H. s. Mueller.
Reeves, J. S. K., Wirkung der Hefe 51.
Reh, Weitere Indikationen zur Höhensonnentherapie 719.
— Fibrolysin 738.
Rehn, Ed., Hydronephrom 21.
— — und Röttger, P., Nachblutungen nach Nephrotomie 22.
— Behandlung der Ludwigschen Phlegmone durch Exstirpation der Glandula submaxillaris 653.
Reichenbächer, Ostitis fibrosa, Beziehung zur Lues 139.
Reichert, Konservierung von Blutproben zur WR 671.
Reiner, R. s. Bechhold.
Rejsek s. Burnier.
— s. Jeanselme.
Renner 536.
Reschke, Injektionsepithelisierung nach Pels-Leusden 707.
Retterer, Ed. u. Voronoff, Samenleiter, Resektion 178.
Reiner, Geschwür der hinteren Rachenwand 198.
Renwick u. Riddle, Ein alter Harnbeschauer 347.
Retschmenski, Über Sachs-Georgi-Reaktion 329.
Reynard u. Juvin, Harnröhrenabszeß 69.
Rhodes-Berkeley s. Gay.
Rhodin, Gelenksaffektion im Larynx bei Gonorrhoe 397.
Richon s. Rabut.
— s. Hudelo.
Richter, Zystische Erweiterung des rechten, vesikalen Harnleiterendes und deren Behandlung 121.
— Die biologische Einstellung der reduzierenden Substanzen 653.
— Physiologie der Tonsillen 653.
— Intraskrotale Kochsalzinjektion bei Epididymitis gonorrhoica 686.
— s. Scholtz.

Digitized by Google

Rickmann, Mastdarmfisteln 374.
Riddell, Fracastorius über den Ursprung der Syphilis 240.
— Die Krankheit der St.-Pauls-Bucht 644.
Riddle s. Renwick.
Riecke, Haut- u. venerische Krankheiten, diagnostische und therapeutische Irrtümer. II. Venerische Krankheiten 754.
Rieder und Rosenthal, Röntgentherapie 23.
— Behandlung der Staphylomykosen mit Pferdeserum 531.
Rieger s. Theilhaber.
Rielly s. Teissier.
Ries, J. v., Narbenbildung, Beeinflussung durch Lichtfilter 163.
Rietmann s. Pautrier.
Rieux und Delater, Lupus pernio 443.
— und Zoeller, Tuberkulose u. Fixationsreaktion 226.
Rille 25, 104, 408.
— s. Ullmann.
Ringleb, Fortschritte in der Erkennung u. Behandlung der Blasenkrankheiten in den letzten 10 Jahren 123.
Riser s. Cestan 238.
Ritter, Mundhöhlenwunden, Neosalv.-Behandlung 184.
— Erfahrungen mit Rivanol 709.
Rivalier s. Milian.
Robbers s. Sierp.
Röder, Ferdinand, Theorie der Entzündung 49.
Rodriguez, Spirochätenerkrankung der Tonsillen im Verlaufe von Angina 743.
Roederer, J., Recklinghausensche Krankheit 43.
— — s. Pautrier.
Roedelius, E., Eigenharnreaktion 17.
— R., Suprapubische Prostatektomie 21.
— Makrocheilie 183.
Roeschmann, Erwiderung auf offenen Brief von Flesch 424.
Roessingh. M. J., Karzinomanämie, Pathogenese 163.
Rogers, Infektionsmodus und Prophylaxe der Lepra 659.
Rogg, F., Urticaria necrotisans 97.
Rohrböck, Ätiologie der Erythema nodosum im Kindesalter 495.
Romeis, Zwischen- oder Geschlechtszellen 371.
Roncayrol, Endourethrale und endovaginale Diathermie 469.
Rondoni, Einfluß der Ernährung auf die Blutdrüsen u. bes. auf Adrenalingehalt der Nebennieren 532.
Röntgen 208.
Roper, Zirkumzision unter Lokalanästhesie 688.
Roscher s. Herzog.
Rose s. Grulee.
— s. Levin.
Rosenbaum, Sensibilisierung bei Formalin- und Novokainekzem 727.
Rosenberger, Bakteriologische Untersuchung von Hauterkrankungen hervorrufenden Verschnittölen 449.
Rosenau, Fingernägelveränderungen nach Gelenkrheum. u. Tbc. 184.
Rosenmann s. Perutz.
Rosenstein, Paul, Pneumoradiographie der Blase 22.
Rosenthal s. Rieder.
— Franz, Urticaria pigmentosa 15.
— — Epidermolysis bullosa hereditaria 16.
— — Komedonenakne nach Salvarsanexanthem 16.
— 217.
— Salvarsanschädigungen 219.
— Toxische Nebenwirkungen des Novasurols 272.
— Psoriasis, Behandlung mit Natr. salicyl. i. v. 316.
— Behandlung der Syphilis mit kolloidalem Kalomel 396.
Rosner, Behandlung der Lues mit Trepol 682.
— -Piestany und Wohlstein, Behandlung der Krampfadern nach Linser 722.
Rost, Bekämpfung der Prostitution 26.
— Behandlung der Frühsyphilis 270.
— Behandlung der Hauttuberkulose 242.
Róth, Pathogenese, Therapie des Asthma und Zusammenhang mit anderen Krankheiten 100.
Rothbart, Röntgenbehandlung der Frostbeulen 102.
— Röntgenverbrennung, Ursachen und Verhütung 471.
— Röntgentherapie der Erfrierungen 496.
Rothman, Lupus erythematodes 175.
— Salvarsan-Hg-Mischung und therapeutische Anwendung 272.
— Lupus vulgaris, Folgezustände der Röntgenbehandlung 243.
— 312.
Rotschild, Induratio penis plastica 347.
Röttger, P. s. Rehn.
Rougemont s. Thévenot 179.
Roubier, Ch., Nierenkrebs mit Pleura-Metastase 180.
Roussille u. Traband, Gonokokkeninfektion, Pyelonephritis und Heilung durch Vakzine 351.
Roussy, Leroux und Peyre, Teerkrebs der Maus 553.
Rovsing 208.
Rowntree, Röntgenkrebs 555.
Rubritius, Hans, Renale Massenblutungen 21.

Digitized by Google

Rübsamen, Blasenverletzung durch Pessarsplitter 374.
Ruedemann, R., Hyalom 40.
Ruediger, Standardbildung und Aufbewahrung von Komplementserum 670.
Ruete, Meinickes DM. 266.
— Ätiologie der Boeckschen Erkrankung 329.
— Staphylo-Yatren 710.
Ruggiero, Beitrag zur Kasuistik des Sodoko 141.
Ruh und Hanzlik, Urotropin als Diuretikum 710.
Rühl 536.
Rulison s. Highman.
Ruppert s. Kolle.
Russ, Experimentelle Wirksamkeit des Prophylaktikums Veto 376.
— Hautausschlag durch Schimmel 747.
Russel, Erysipelbehandlung mit Vakzinen 531.
Ruzicka, Verjüngungsproblem 371.

Saad, Meningitische Reizung nach Lumbalpunktion 648.
Saalfeld, E., Naevus sebaceus 15.
Sabouraud, Trichophytie und Area Celsi, Differentialdiagnose 185.
— Schwefel in der dermatologischen Therapie 708.
— Über frühzeitiges Auftreten der Glatze 745.
— Diagnose der Totalalopezie 745.
Sacco, Fliegenlarven im äußeren Gehörgang 748.
*Sachs, Gewerbliche Dermatosen 582.
— Methoden des Syphilisnachweises mittels Flockung 267.
Sachs-Georgi s. Ausflockungsreaktion.
Sachs und Georgi, Trübungsreaktion beim serologischen Luesnachweis nach Sachs-Georgi 671.
Sack, Psychogene Komponente des Pruritus und der pruriginösen Dermatosen 101.
— Arnold, Varizellen — ultraviolette Strahlen 188.
— Vorbehandlung mit Koffein bei Salvarsantherapie 310.
Sahlgren, Mastixreaktion im Liquor cerebrospinalis 268.
Salinger, Spontangangrän von Skrotum und Penis 688.
Salkowski, E., Erhitztes Pepsin 74.
Salle s. Durop.
— s. Decrop.
Salomon, Behandlung der Zervixgonorrhoe durch Cholevaltamponade des Uterus 354.
Samberger, Wesen der Psoriasis 397.
*Samson, Morphologie und Biologie der Hefepilze bei Erosio interdigitalis 473.
Samuel, Schweflige Säure in der Humanmedizin 708.
Sannen, Ballbehandlung der Prolapse 374.
Santamaria 312.
Satani, Steinoperation im Harntrakt 202.
— Miyake und Matsumoto, Ureterenstein, Diagnose und Operation 203.
— Zystitis, chron. umschriebene 203.
Sato, Harnröhrenmündung, kongenitale Deformitäten 202.
Satler, Mundsoor mit retrobulbärem Abszeß und Myelitis femoris 653.
Sauerbrey, Kurt, Naphthalan 76.
Sauphar s. Milian.
Savatard, Epithelioma adenoides cysticum 468, 528.
Šavnik, P. und Kogoj, WR mit Liquor 95.
— und Truttwin, Neue medikamentöse Behandlung in der Dermatologie und Venerologie 711.
Saweljew, Behandlung der Furunkulose mit Autovakzine 329.
Saxl, Therapeutische Verwendung von Metallsalzemulsionen 707.
Sazerac und Levaditi, Wismut in der Syphilisprophylaxe 348.
— — — Wirkung einiger Wismutpräparate auf Syphilis 348.
Schäffer, Behandlung des Ekzems 104.
Schall, Vergleichung verschiedener Tuberkuline 227.
Schamberg und Kolmer, Chemotherapeutische Arbeiten über Pilzinfektionen 637.
Schanz 272.
— Behandlung der Krampfadern 494.
— Lichttherapie 713.
Schardon, Extragenitale Syphilis 244.
Scharlam, Wirkung des Humagsolans 654.
*Schauke, Hautschädigungen nach Umschlägen mit feuchtem Zellstoff 137.
Schaumann, Natur des benignen Lymphogranuloms 398.
Scheele, Karl, Nierengeschwülste 21.
— Niereneiterungen 220.
— Totalexstirpation der Blase bei Karzinom 643.
Scheffer, R., Riesenschanker des Collum uteri 44.
Schelcher, R., Krätzemittel Cotamin 185.
Schelenz, Schädigungen durch Phenolphthalein 712.
Schellong, F., Eosinophilie bei Tumoren 164.
Schenk und Heimann, Wirkung des Adrenalin auf Blutdruck und Blutzuckerspiegel 705.
Schereschewsky, J. und Worms, W., Persönliche Prophylaxe zur Sanierung der Prostitution 25.

Digitized by Google

Schick s. Helmreich.
Schiller s. Stransky.
— Erfahrungen mit Neosilbersalvarsan 678.
Schilling s. Holzer.
— Masernprophylaxe 658.
Schinz, Röntgenkastration beim Manne 452.
Schittenhelm, Theorie und Praxis der Proteinkörperwirkung 447.
Schlaginweit und Sielmann, Über den Röntgenkater 471.
Schlayer, Innere Sekretion und Balneotherapie 143.
Schlossberger s. Igersheimer 207.
Schmidt, Erich, Zur Xanthomfrage 96.
— R., Syphilis des Dünndarms 245.
— H., Vorgang der Ausflockungsproben 267.
— — Reaktionsenergie organischer Arsen- und Antimonverbindungen 712.
— Paul, Heilfieber-Serum-Stauung und Impfung mit Eigensekret bei Gonorrhoe 351.
— Th., Oxyurenbehandlung 375.
— s. Leege.
Schmieden, Geschwülste, maligne Röntgenbehandlung 181.
— Totalexstirpation der karzinomatösen Harnblase 642.
Schmitt s. Vill.
Schnabel, Überempfindlichkeitsversuche an Bakterien 404.
Schneider, Röntgenbestrahlung der Thymus bei Psoriasis 124.
— Endemischer Blasenstein in Siam 347.
Schnirer, Taschenbuch der Therapie 648.
Schoen, Singultus bei Harnretention infolge Prostatahypertrophie 370.
Schönbauer, Leopold, Pepsin 75.
Schönfeld, Vorbeugende Salvarsanbehandlung 309.
Schönhof, Siegmund, Karzinom in einem Dermoid 96.
Scholtz, M., Lupus erythematodes acutus, disseminatus, haemorrhagicus 206.
— W., Intrakutane Behandlung von Hauttuberkulose 228.
— — Wert der inneren Behandlung der Gonorrhoe 685.
— — und Richter, Behandlung der akuten Gonorrhoe mit intravenösen Traubenzuckerinjektionen 685.
Scholz, Kombination von Sklerodermie mit Addisonscher, mit Raynaudscher Krankheit und Tendovaginitis crepitans 533.
Schramm, K., Nierenspülung 22.
Schreiber, Therapeutischer Versuch bei frischer Gonorrhoe des Mannes 685.
— Steinachsche Operationen 691.
Schreus, Hans Th., Dosimetrie der Röntgenstrahlen 23.
— Mitigal zur Herstellung feinverteilter Schwefelsalbe 139.
— Röntgenbehandlung in der Dermatologie 649.
— und Holländer, Wie lange und in welcher Konzentration bleibt Salvarsan im menschlichen Blut? 677.
Schridde, Die elektrischen Strommarken der Haut 102.
— Hautverbrennungen durch hohe Hitze 725.
— Krebshaare 739.
Schubart, Gesetzentwurf eines freiwilligen Zeugnisses für heiratende Männer 696.
Schubert, Syphilis und Wismut 503.
Schugt, Kapillarmikroskopie des Röntgenerythems an der Bauchhaut 715.
Schüle, Furunkelbehandlung 729.
Schulhof s. Levy-Dorn.
Schulte-Tigges, Spezifische Intrakutanbehandlung 661.
Schultheiss, Pemphigusepidemie 729.
Schultze, Friedrich, Ursache des juckenden Winterausschlages 104.
— Leucaemia cutis 176.
Schulze, R. s. Kneise.
Schumacher, J., Diphtheriebazillus 48.
— Gonokokkus, chemischer Aufbau 220.
Schuhmacher, Prozesse der Zellfärbung 698.
Schwab s. Kayser-Petersen.
Schwalbe, Fürbringer, Korányi, Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Innere Medizin. 5. Heft. Krankheiten der Harnorgane. Störungen der Geschlechtsfunktion des Mannes 493.
Schwartz, Dermographismus zur Untersuchung der Hautgefäße 407.
Schwarz, Oswald, Harnblasenfunktion 19.
— Störungen der Darmmotilität bei Prostatitis 369.
— Funktionelle Blasenstörungen 356.
— Entstehung der Geschwülste 736.
Schwarzwald 376.
Schweig, Trypaflavin, Wirkung bei Tuberkulose der Haut 243.
Schwermann, Toxizität verschiedener Alttuberkuline; Tuberkulinschädigung durch diagnostische Dosen 661.
Schwers, Wassermannsche Reaktion 305.
Scomazzoni, Proctitis ulcerosa gonococcica 422.
Scott, Gewerbedermatosen bei schottischen Paraffinarbeitern 449.
— Gewerbekrebs der Paraffin- und Ölarbeiter in der schottischen Petroleumindustrie 554.

Digitized by Google

Scott, Übermangansaures Kali in der Dermatologie 709.
Secher, K., Kapillaruntersuchungen 48.
Sedlák, V., Antiluetikum Wismut 65.
Sée, Die Mykosen 655.
Seidl, Lichen planus 116.
— Interne Gonorrhoebehandlung mit Pellogon 353.
Seifert, Trophische Geschwüre 738.
Seiler, Behandlung der Ulcera cruris mit Pyoktanin 722.
— Rosazeabehandlung 727.
Seitz und Jess, Schwangerschaftsdiagnose durch Glykosurie 372.
Selter, Tuberkulose-Schutzimpfung 227.
— Anwendung lebender Tuberkelbazillen bei Behandlung der Tbc. 661.
Semon, Tinea der Nägel 469.
— Fall zur Diagnose 527.
— Fall von Hautleishmaniosis 527.
— Nageltrichophytie bei Schwestern 527.
— Adenoma sebaceum 529.
— Röntgenstrahlen bei Hypertrichosis des Gesichts 654.
— Krebs nach Arsenkeratose 740.
Sempill, Robert, Arnot 164.
Senear und Fink, Hydroa vacciniformis s. aestivale 639.
Sequeira, Folgen der Trepolbehandlung 527.
— Zwei Fälle von multiplen Karzinomen 528.
— Fall von Xanthoma diabeticorum 528.
— Fall von Blaseneruption 529.
— Bogenlichtbehandlung des Lupus vulgaris 641.
Seuffer s. Braun.
Serdjukoff, Abszeß durch Einführung von Speichel 77.
— Künstlicher Abszeß durch Einführung von Quecksilber unter die Haut 450.
Seyler, Xanthomatische Granulome 736.
Shiga, Ätiologie der Ozäna 654.
Shipmann s. Peers.
Shives, Syphilis, Kolmersche Komplementbindungsreaktion 205.
Sibley, Fall zur Diagnose 527.
Sidlick, D. M. und Corson, E. F., Pityriasis versicolor des Gesichts 41.
Sieben, Zur Frage der Impetigonephritis 103.
Siebert, Untersuchungen am schweißlosen Individuum 705.
— Reizwirkungen von Waschseifen und deren Beseitigung 708.
Siegert, Genese des angeborenen und infantilen, erworbenen Myxödems 532.
Sielmann s. Schlaginweit.
Siemens, Hermann Werner, Hydroa vacciniforme 95.
— — — Vererbungspathologie der Haut 48.
— — — Heftpflasterdermatitis 77.
Sierp und Robbers, Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Wachstum der Pflanzen 714.
Sieveking, Zunahme der Geschlechtskrankheiten in den Großstädten, Abwehr 695.
Silbermann, Dermatitis nach Neosalvarsan 326.
Simon, R., Recklinghausensche Krankheit 43.
— Unterschenkelgeschwüre, Behandlung der 100.
— Syphilis mit Schanker und Roseola. Wismutbehandlung. Akute Nephritis. Wiederaufgenommene Wismutbehandlung gut vertragen 442.
— Alopezia areata bei einem an frischer herpetischer Keratitis erkrankten, früher syphilisierten Kaninchen 443.
— und Bralez, Akute Neuritis optica bei Wismutbehandlung. Tödliche akute Meningo-Myelitis bei Wismutbehandlung. Akute Meningitis einen Monat nach 20 Injektionen von 132, 442.
— Pigmenttumor zur Diagnose 529.
— Urticaria pigmentosa 549.
Simons, Röntgenkater und seine therapeutische Beeinflussung 717.
Simpson, Radiumtherapie 649.
— Behandlung der Beulenpest mit Neosalvarsan 659.
Sinderson, H. C., Pocken in Bagdad 187.
Singer, Schweinerotlauf beim Menschen 140.
Skafianakis, Tuberkulose der Niere und Blase bei Frauen 373.
Sklarz, Lupus erythematodes 15.
— Keratodermia maculosa disseminata 218.
— Malariatodesfälle nach Salvarsan 331.
— s. Jacobsohn.
Slagle und Bennot, Karzinom des Penis 241.
Smechula, Krätzemittel Sarscato 657.
Smelow, Keratosis follicularis in cutem penetrans 326.
— Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut 328.
Smith s. Ide.
— Über experimentelle Jod- und Bromausschläge 636.
Soffiantini 428.
Soiland-Los, Therapeutischer Gesichtspunkt der Strahlenbehandlung bei oberflächlichen Neubildungen bösartiger Natur 555.
Sommer, Hautatrophie 285.
Sonntag, Wundbehandlung 725.
Sopp, Hypnose und Suggestion 241.
Soupault und Marceron, Hartnäckiger syphilitischer Hydrarthos am Knie. Evakuierende Arthrotomie. Primäre Naht. Heilung 433.

Digitized by Google

Southam und Wilson, Karzinom des Hodensacks 740.
Sowade, Johann 28.
Spackmann, 10 Fälle von Lues congenita tarda 668.
Spasski, Oedema acutum und Erythema multiforme bei Ernährung mit Brotsurrogaten 732.
Spät, W., Koktostabilität gebundener Immunkörper 28.
Speck, Gebrauch der essigsauren Tonerde 709.
Spiethoff, Defibriniertes Eigenblut in der Reiztherapie 707.
Spitzer, Rudolf, Thallium-Alopezie 96.
— Gewerbedermatitis 118.
— Lichen planus 118.
— Schwielenbildung über Interphalangealgelenk 199.
Spremolla, Histopathologie der Mycosis fungoides 399.
Staemmler, Gewebsspezifische Reize 50.
Stahl, Über das Verhalten der Blutplättchen bei parenteral zugeführten Reizstoffen 447.
Stahr und Synwoldt, Lymphogranulomatose besonders der Gallengänge 741.
Stancanelli, P., Myiasis mucosa auf Favus 186.
— Auseinanderweichen der Schneidezähne bei Erbsyphilis 399.
Stannus, Fall von Pellagra 528.
Staunig, Verwendbarkeit des Röntgenspektrometers von March, Staunig und Fritz 452.
Steden, Epitheliale Genese des Pigmentnävus 735.
Steel, Behandlung ausgedehnter Verbrennungen mit heißer Luft und Mineralöl 515.
Stein, Syphilis, Reinfektion 244.
Steinberg, James, Inoperable Pyelonephritis 67.
Steiner, G., Spirochätendarstellung im Gefrierschnitt 27.
Steinkopf, Scharlach, Auslöschphänomen 187.
Steinthal, C., Harnbefund bei Nierentuberkulose 19.
Stephan, Jodozym 75.
Stern, Behandlung des Ekzems mit Vakzine, bes. Maststaphylokokkenvakzine Staphar 124.
— Syphilitische Reagine im Liquor cerebrospinalis 248.
Steinhardt, Blutentnahme bei Säuglingen 270.
Stempel, Ausflockung nach Sachs-Georgi, Meinicke und Trübung nach Dold 266.
Sternberg, Zwischenzellen des Hodens 370.
Steyrer, Pseudoleukämie 368.
Stiefel, Eigenharnreaktion 226.
Stintzing, R., Parenterale Behandlung 73.
Stoeber, Vasogene in der Dermatologie 709.
Stokes und Cathcart, Salvarsandermatitis mit Berücksichtigung des Einflusses auf Herd- und interkurrente Infektion 638.
— s. v. Foucar.
— und Brehmer, Syphilis bei verschiedenen Berufen 662.
Stoklasa, L., Franzensbader Moor 98.
Strandberg, Behandlung der Larynxtuberkulose mit Finsenbädern 243.
Stransky und Schiller, Syphilis congenita 246.
Strassberg, Bromoderma 119.
— Röntgenverbrennung 199.
Strassen, Intravenöse Trypaflavinbehandlung der chronischen Urtikaria 100.
Strassmann, Der menschliche Samen in der gerichtlichen Medizin 470.
Strauss und Buerkmann, Salvarsanschädigung und Bilirubinämie 331.
— W. s. Heymann.
*— Über die Ausscheidung des Bismogenol 417.
— Wandlungen und Ausblicke in der Strahlentherapie 714.
Streichele, Behandlung der Mastitis mit Vuzin 141.
Strempel, Serologischer Luesnachweis mit den Trübungsreaktionen nach Dold und Meinicke 139.
— s. Mauelshagen.
Strickler, Nahrungsmittelanaphylaxis bei kutaner und intrakutaner Methode. Einfluß von Arsen auf die anaphylaktischen Nahrungsmittelreaktionen 448.
Strössner, Schutzimpfung gegen Scharlach 657.
Struck, H., Reiztherapie 72.
Stühmer, Salvarsanexantheme, Versuch einer Einteilung 138.
Stümpke, Syphilis congenitalis 246.
— Afenil zur Verhütung gewisser Salvarsanschäden 679.
— Zur Frage des Ikterus nach Salvarsan 681.
Stutzin, Hämaturie und Appendizitis 642.
Sudek, Ausgleich von Harnröhrendefekten durch Mobilisation des Penis 355.
Sümegi, Luetische Krankheiten des Gefäßsystems 664.
Sung-Sheng s. Dieter.
*Sureya s. Hodara 209.
Suter, F., Ureterkarzinom 23.
— Blasendauerspülung nach Prostatektomie 220.
Sutejew, Krätzebehandlung nach Rossini 329.
Sutton, Ungewöhnliche Nagelgeschwulst 205.

Digitized by Google

Sutton, Klinische Studie über Nasenkrebs 555.
— Tumorbildung nach Injektion von Hg salicyl. in Pflanzenölsuspension 640.
Svoboda, F., Gumma eines Bronchus 65.
Sweeney s. Olsen.
Sweitzer, Vielfache, gutartige Geschwülste vom Schweninger-Buzzi-Typ 636.
— und Michelson, Primäres Sarkom der Oberlippe 556.
Synwoldt s. Stahr.
Szabó, Purpura vesicae 689.
Szentkiralyi, Heilversuche mit „Intrasol" (Hg-As-Präparat) 677.
Szili, Holzstück und Stein in der Blase 689.
v. Szily und Heller, Soluesin und Neosalvarsan, einzeitige Behandlung 308.
Szondi und Haas, Hautjucken als Symptom der multiplen Blutdrüsenerkrankung 144.

*Tachau s. Frei.
Tagawara, Statistik der Geschlechtskranken 203.
Takahashi, N. und Miyata, R., Transplantation freier Hautlappen 50.
— Spirochaeta pallida, Nachweis 202.
— Endarteriitis luetica congenita der Hirngefäße bei Kindern 668.
Talmey, Impotenz des Mannes 694.
Tamburini 536.
Tanimura, Septikotoxikodermie 287.
— Lupus miliaris disseminatus, positiver Befund von Tbc.-Bazillen 203.
Tannenberg, Doppelseitige Soorerkrankung des Nierenbeckens bei Diabetes 643.
Tanner s. Goldberger.
Tarchini, Syphilitische Osteoperiostitis 421.
Tardo, Phenolsulfophtaleinprobe 69.
Tatum, Neuer Katheter für den Urologen 525.
Taussig, Zungenkarzinom und Behandlung mit Radium 206.
Tavone, Lithotribolapaxie 469.
Tedeschi, Über Herpes iris 421.
Teissier, Gastinel und Rielly, Überimpfbarkeit des Herpes 495.
Teleky, Traumatische Striktur der weiblichen Urethra 122.
Thal, M., Gangrän durch Kupfersulfat 78.
Thedering, Röntgenreizdosis bei Alopezia areata 744.
— Röntgenreizdosis und Haarkrankheiten 746.
Theilhaber und Rieger, Zelluläre Immunität und Krankheitsdisposition 403.
Thérenot und Rougemont, Penitis 179.
Thoenes, Lues congenita und Zwillingsschwangerschaft 668.
Thoma, Entzündungsfrage und Histophysik 704.
Thomas und Arnold, Blaseninhaltstoffe 188.
— — — Untersuchung von Kontharidenblasen bezüglich Pirquetscher und Wassermannscher Reaktion 670.
— G. und Arnold, W., Blaseninhaltstoffe 50.
Thompson, Dermatitis exfoliativa nach Silbersalvarsan 679.
Thomsen und Vollmond, Differenzierung der Gonokokkusarten 684.
Thomson, Modifikation bei der gewöhnlichen Syphilisbehandlung 512.
Thorek, Max, Hodentransplantation vom Affen 67.
Thorp, Munderysipel 730.
Thos, Entsteht das Karzinom aus dem Pigment? 534.
Tièche, Nagelfalzerkrankung durch Bac. fusiformis 746.
Tissot s. Gastou.
Tobler, Argyrie nach Kollargol 162.
— Gynäkomastie 162.
Tollens, Kolloidnatur des Hg bei Salv.-Hg i. v. 291.
Toenniessen, Tuberkelbazillen-Eiweißkörper zur Diagnose 226.
Tomaselli, A, Hautsarkomatose 183.
Tommasi, Elektrolytische Silbersalz- und galvanokaustische Behandlung bei kindlicher Gonorrhoe 421.
— Naevus eruptivus mikroangiomatosus tardivus systematicus 421.
Toomey, N., Juckpunkte 42.
— Elektrolyse, Umfrage bei Autoritäten 240.
*Török, Ekzem, artifizielle Hautentzündung und Impetigo 273.
— Lehner und Kenedy, Pathogenese und Anatomie der Urtikaria 494.
Toyama, Über die Lackkrankheit 712.
Traband s. Roussille.
Trautmann, Pepsinbehandlung bei Leukoplakie 183.
Triebenstein, Rosazeaerkrankungen des Auges 727.
Troisfontaines, Präventivbehandlung der Syphilis 46.
Trotabas s. Payenneville.
Trotter s. Cady 204.
— Widerstand des Haares gegenüber Haarwuchsreizmittel 639.
Trüb, Syphilis als Berufskrankheit der Ärzte 650.
Truffi, Favus von Achorion gypseum 423.
Truttwin s. Savnik.
Trýb 119.
Tschernogubow, Mykose der Haut und Nägel 328.
Tsukahara, Diphtheriebazillen in der Scheide von Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen 103.

Digitized by Google

Turnbull, Erkennung kongenital luetischer Entzündung der Röhrenknochen 664.
Turtle und Dolan, Zum Tode führende Absorption durch die Haut 713.
Tyshnenko, Melanodermitis toxica 736.
Tzanck, Arnauld, Alkoholverbände 45.

Überschär, Tuberculosis fungosa serpiginosa 440.
Uchida, Lepra bei Ratten 660.
*Ullmann, K., Arsenikalien, Wirkung auf die Leber 29.
— — Arsenwirkung und Vergiftung 75.
— 118, 119.
— Über Neosilbersalvarsan 311.
— Oppenheim, Rille, Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit 264.
Umemura, Phagozytose der Eiterzellen 699.
Unna, Bemerkungen zum Aufsatz „Giemsafärbung" 693.
— jun., Parapsoriasis 345.
— — Karzinom der Rippengegend 345.
— — Lepra bei Portugiesen 345.
— — Dermatitis exfoliativa 285.
— — Knotenlepra 285.
Unterberg und Barsony, Unterbindung des Vas deferens bei Nebenhodentuberkulose 690.
Urbach, Xanthom 116.
— Echtes Hauthorn oder xanthomatöse Degeneration der Haut? 737.
Uzan s. Grimberg 180.

Vahle, W. s. Hausser, K. W.
van der Valk, Lupus erythematodes acutus d'emblée 645.
Vander Veer und Heslin, Transplantation von Hundeaorta für menschliche Harnröhre 347.
Vecki, Syphilis, Heilbarkeit 205.
Vermehren, Betrachtungen zur unspezifischen und spezifischen Reiztherapie 448.
Verrotti, Pathogenese der Psoriasis vulgaris 423.
Vignat, Marcel, Kryokauter 45.
Vigne und Pringault, Subkutanes Gummi mit Leishmania-Parasiten 550.
Vill und Schmitt, Silbersalvarsan-Novasurolbehandlung 292.
Villemin, Jean, Harnretention 68.
— Urethrozele, Urethroskopie 178.
— Die Wismutsalze bei der Behandlung der Syphilis 525.
Vimtrup, Anatomie der Kapillaren 402.
Vincent 312.
Voeckler, Behandlung der Krampfadern und deren Folgezustände 100.
Voegtlin, Grenzen der intravenösen Behandlungsart 407.
Vogt, Sterilität und Spermaimmunität 375.
Vöhl, Xeroderma pigmentosum 177.
— Zur Diagnose 177.
Vojgt, Haut- und Schleimhautblutungen nach Salvarsan-Hg-Kollargol 291.
— Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Nürnberg 376.
— s. Görl.
Volk, Lupus angiomatosus 118.
— 118.
Vollmond s. Thomsen.
Vorländer s. Kock.
Voltz, F., Sensibilisierung in der Strahlentherapie 98.
Voronoff s. Retterer 178.
Vortmann, Plasmazellen im gesunden und kranken Euter der Haustiere 402.

Wada s. Joachimoglu.
Wagner, Salvarsanfrage 331.
Waldschmidt, Max, Therapie der überdehnten Harnblase 22.
Walker, George, Vorbeugung der Geschlechtskrankheiten 25.
— 164.
Walther, Intravesikale Behebung von Hindernissen im Harnleiter (Steine, Strikturen) 692.
Wartbaronow, Sonnenbrand bei Hungernden 732.
v. Wassermann, Zerlegung des Wassermann-Aggregates 265.
— — A., Furunkulose, spezifische Lokaltherapie 140.
— — und Ficker, Spirochaeta pallida, Reinkulturen und Übertragung 247.
Watanabe, Jujiro, Zylindrom 94.
Weber, Luminalexanthem 77.
— Beziehung der Schädelblasen zur Impetigo contagiosa und Dermatitis exfoliativa 102.
— R. s. Gins 184.
— Erythromelalgie bei intermittierendem Hinken 494.
— Beziehung der Schälblasen zur Impetigo cont. und Dermatitis exfoliativa 515.
— Elefantiasis der Vulva auf skrofulotuberkulöser Basis 642.
Wegelin, Zur Lehre von der Fettembolie 706.
Wehner, Ernst, Prostatische Harnröhrensteine 20.
Weichardt, W., Proteinkörpertherapie 73.
— Aktivierung der Körperzellen und Infektionserreger 447.
Weichert, Schädigende Dämpfe bei Jodtinktur-Desinfektion 427.
Weidmann und Jefferies, Erzeugung von Paraffinöl-Tumoren 639.

Digitized by Google

Weigeldt, Verhalten des Liquors bei Neurolues als Maßstab für therapeutisches Handeln 670.
Weil s. Klippel.
— Argochrom in der Praxis 352.
— und Breinl, Fleckfieberinfektionen bei Meerschweinchen 206.
Weill, Für Radiumtherapie geeignete Affektionen 719.
Weisbach s. Klostermann.
Weiss, A. s. Hanns.
— Ausflockungsreaktion, Allgemeingut des prakt. Arztes 266.
— Kongenitaler Faktor bei chronischer Nierenerkrankung 691.
Weissenstein, Chirurgische Behandlung des akuten Trippers 353.
Weitgasser s. Matzenauer.
Weloch, J., Geschlechtsbeeinflussung durch Röntgenstrahlung 79.
Wels, P., Sabourauds Dosimeter 78.
Welsch, Gustav, Röntgentiefentherapie und Hautkapillaren 78.
Weltmann, Oskar s. Fuhs.
Wenniger, Traitement de la syphilis par les sels bismutiques 646.
Werner s. Keining 330.
Wertheim, Leukoderma und Höhensonne 117.
Weskott, Hermann, Schwefelöl bei Gelenkerkrankungen 76.
Westenhöfer, Melkende Nierenkelche 642.
Wetherbee, Erythema nodosum bei akutem Rheumatismus 495.
While s. Keim.
White, Kinderekzem und Stuhluntersuchung 638.
— Hill, Moore, Young, Neues Quecksilberpräparat „Flumerin" 676.
Whitfield, Empfänglichkeit für nicht bakterielle Toxine und Proteine 223.
— Photographien von Demodex bei Impetigo 228.
Widal, Abrami und Joltrain, Ipekakuanha, Anaphylaxie gegen Desensibilisation auf subkutanem Wege 449.
Widowitz, Modifizierte, perkutane Tuberkulinprobe 226.
Wiedhopf, O., Angiofibrom, retromammäres 162.
Wieland, Dermatitis exfoliativa (Rittershain) 728.
Wieloch s. Esch.
Wieser s. v. Hayek 227.
Wieting, Angiospastische und -paralytische Krankheitserscheinungen aus der Chirurgie und deren Grenzgebieten 99.
Wigand s. Erb.
Wilkinson s. Castellani 222.
Williams, Elektrolyse bei Hypertrichosis und Mälern 241.
Willcox, Über akute Arsenvergiftung 680.
Wilson s. Southam.
Winckler, Ersatz des teuren Jodkaliums durch Tct. Jodi in der Syphilistherapie 677.
Winkler, Kombination Sachs-Georgi und Meinicke III (DM) 267.
— Neuere Erfahrungen mit Meinicke DM 267.
— Syphilis der Lungen, 15 Jahre unerkannt 246.
— s. Otto.
Winterlin s. Parrisius.
*Wirz, Franz, Heilung der Sykosis auf iontophoretischem Wege 3.
*— Eigentümlichkeiten bei Nagelmykosen 380.
Wise und Parkhurst, Arzneiausschläge vom klinischen Standpunkt 636.
With s. Boas.
Wittek, Sonnenbehandlung der Tuberkulose 243.
Wodarz s. Brogsitter.
*Wohlwill, Herpes zoster 249.
— Herpes zoster 511.
Woithe, Friedrich 516.
Wolbarst, Abr. L., Fünfgläserprobe 68.
Wolff, Bernard, Eigentümlichkeiten der Neger 67.
— s. Fabry.
— Unblutige Transplantation 720.
Wolfsberg, O. s. Halberstädter.
Wood und Prime, Tödliche Röntgenstrahlendosis für Krebszellen 716.
Woodleg, Hämolytische Streptokokken in den Fäzes Scharlach- und Nephritiskranker 657.
Worms, W. s. Schereschewsky.
Wossidlo, Erich, Zystenniere 22.
Wolter, Wismuttherapie 349.
Woronow, Fixes Salvarsanexanthem 326.
Wosegien, Ikterus nach Salvarsan 288.
Wulff, Paul, Einseitige Zystenniere 18.
— — Prostatektomie 18.
Wüllenweber, Konzentration des Liquor cerebrospin. bei Erkrankung des Zentralnervensystems 268.
Wunsch, Erfahrung mit Thigenolseife 708.

Young s. Hill.

Zahorsky, Semiologie der „rosafarbenen" Krankheit 728.
Zangrides s. Pincussen.
Zarel, Bedeutung der blauen Geburtsflecke 27.
Zarfl, Max, Mongolenfleck 27.
Zehetmayr, Wirksamkeit des Rinderserums bei Milzbrand 732.
Zeisler, Pityriasis rubra pilaris 639.

Digitized by Google

Zeller, Behandlung mit Neosilbersalvarsan 311.
Ziegler, Neosilbersalvarsan 311.
— Wirkung der Höhensonne auf den Gesamtorganismus 718.
v. Ziemssen, Rezepttaschenbuch für Klinik und Praxis 529.
Zill, Scheidenspülungen 374.
Zimmer, Erfahrungen mit Neosilbersalvarsan 330.
Zimmerlin s. Pautrier.
Zimmermann, E. L., Neurorezidive 42.
— Doppelseitige Atresie der Uretermündung 692.
Zimmern, Dermatitis herpetiformis 345.
*— Bismogenol in der Praxis 461.
Zingale, Beitrag zum Lichen nitidus 400.
Zinsser, Syphilis und syphilisähnliche Munderkrankungen 225.
Zoeller s. Rieux 226.
Zondek, M., Steine im unteren Teil des Ureters 18.
— Tiefenwirkung bei thermischen Behandlungsmethoden 425.
v. Zumbusch, Parasitäre Hautkrankheiten 747.
Zurhelle, Pockenähnliche, pemphigoide Pyozyaneusinfektion bei einem Säugling 138.
— Hauterscheinungen bei Erkrankungen des myeloischen Systems 139, 741.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

125585

Digitized by Google